POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella
Sarah Escorel • Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
José Carvalho de Noronha • Antonio Ivo de Carvalho
organizadores

2ª edição revista e ampliada

EDITORA FIOCRUZ
cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

1ª edição: 2008
1ª reimpressão: 2009
2ª edição revista e ampliada: 2012

PARTICIPARAM DA FASE DE EDIÇÃO DO LIVRO

Capa e projeto gráfico
Carlota Rios (1ª e 2ª edição)

Editoração eletrônica, vetorização de imagens e ilustrações
Carlota Rios (1ª e 2ª edição), *Ramon Carlos de Moraes e Maria Christina Cosentino Barcellos* (1ª edição), *Robson Lima* (2ª edição)

Revisão e copidesque
Fernanda Veneu e Janaina de Souza Silva (1ª edição)
Ana Lúcia Prôa e Jorge Moutinho (1ª e 2ª edição)

Supervisão editorial
M. Cecilia Gomes B. Moreira (1ª e 2ª edição)

Índice
Luís Octavio Gomes de Souza e Marcio Magalhães de Andrade (2ª edição)

PARTICIPARAM DA FASE DE ELABORAÇÃO DOS ORIGINAIS

Assessora do projeto
Suelen Carlos de Oliveira (2ª edição)

Assessora pedagógica
Ângela Bernardes Dias (1ª edição)

Professoras leitoras (1ª edição)
Maria Cláudia Vater Romero Gonçalves e Mônica de Castro Maia Senna

Alunos leitores
Rodrigo Alves Torres (1ª edição), *Nathalia Grativol de Souza* (1ª e 2ª edição), *Luna Escorel Arouca* (1ª edição), *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição), *Leonardo G. Kampmann* (2ª edição)
(graduandos/recém-formados, respectivamente, em medicina, enfermagem, serviço social, pedagogia e biologia)

Primeira revisão (1ª edição)
Eliana Ribeiro Granja

Formatação dos textos
Maria Inês Vaz Genoese (1ª edição) e *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição)

Apoio administrativo (1ª e 2ª edição)
Luis Cláudio Guimarães da Silva

Gestão de projeto (2ª edição)
Mariana Faria e *Gabriela Rangel* (Cebes – Secretaria Executiva)

Com vistas à 2ª edição, foram realizadas oficinas com professores usuários. Registramos nossos agradecimentos à participação de: Alcione Cunha, Aluisio Gomes da Silva Jr, Alzira Jorge, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Catharina Matos Soares, Claci Fátima Weirich, Cristiani V. Machado, Cristina Rolim Neumann, Ediná Alves Costa, Eli Iola Gurgel Andrade, Esron Soares Carvalho Rocha, Francisco Campos Braga Neto, Isabela Cardoso Pinto, Jairnilson Silva Paim, José Antonio Iturri de La Mata, Ligia Bahia, Ligia Rangel, Lígia Vieira da Silva, Liliana Santos, Luis Eugênio Portela F. de Souza, Luiz Antonio Neves, Maria Stella de Castro Lobo, Monique Azevedo Esperidião, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Raphael Aguiar, Regina Ferro do Lago, Reinaldo Guimarães e Ricardo Ventura Santos.

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

G512p Giovanella, Lígia (org.)
Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
1100 p. il., tab., graf.

ISBN: 978-85-7541-417-0

1. Política de Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Nível de Saúde. 4. Iniquidade Social. 5. Ciência. 6. Tecnologia. 7. Pesquisa. 8. Serviços de Saúde. 9. Recursos Humanos em Saúde. 10. Sistema Único de Saúde. 11. Alocação de Recursos. 12. Cobertura de Serviços Privados de Saúde. 13. Atenção à Saúde. 14. Vigilância Epidemiológica. 15. Vigilância Sanitária. I. Escorel, Sarah (org.). II. Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.). III.Título.

CDD - 22.ed. – 362.10981

2012
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9007
Telefax: (21) 3882-9006
comercialeditora@fiocruz.br
www.fiocruz.br

Autores

Ana Célia Pessoa da Silva
Química industrial e mestre em química pela Escola Técnica Superior Carl Schörlemmer, Alemanha; tecnologista do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Ana Luiza d'Ávila Viana
Economista e doutora em ciência econômica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP).

Ana Maria Costa
Médica e doutora em ciências da saúde pela Universidade de Brasília UnB); médica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e presidenta do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes).

Anamaria Testa Tambellini
Médica, doutora em medicina pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com pós-doutorado na Universidade de Perugia (Itália); professora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Andrey Moreira Cardoso
Médico e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisador adjunto do Departamento de Endemias da Ensp/Fiocruz.

Antonio Ivo de Carvalho (Organizador)
Médico e mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professor adjunto e diretor da Ensp/Fiocruz.

Arthur Chioro
Médico sanitarista e doutor em saúde coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); professor da Faculdade de Fisioterapia (Unisanta) e da Faculdade de Medicina (Unimes), Santos, secretário de Saúde de São Bernardo do Campo e presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP).

Ary Carvalho de Miranda
Médico, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e doutorando em saúde pública e meio ambiente da Ensp/Fiocruz; professor do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Ensp/Fiocruz.

Assis Mafort Ouverney
Economista, mestre e doutorando em administração pública da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas (Ebape/FGV); assessor da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Carlos Augusto Grabois Gadelha
Economista e doutor em economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS).

Carlos E. A. Coimbra Jr.
Antropólogo, doutor em antropologia da saúde pela Indiana University, com pós-doutorado em antropologia médica na University of Massachusetts (EUA); pesquisador titular do Departamento de Endemias da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Célia Almeida
Médica e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora titular do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Ensp/Fiocruz.

Celina Maria Ferro de Oliveira
Matemática e mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); servidora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Ministério da Saúde.

Claudia Travassos
Médica, doutora em administração pública pela London School of Economics and Political Sciences (Londres), com pós-doutorado na Universidade de Michigan (EUA); pesquisadora titular do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), editora associada dos *Cadernos de Saúde Pública* e coordenadora do portal Proqualis.

Cristiani Vieira Machado
Médica sanitarista, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), com pós-doutorado em ciência política na University of North Carolina at Chapel Hill (EUA); professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Cristina Maria Douat Loyola
Enfermeira, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), com pós-doutorado no Center for Adiction and Mental Health da Universidade de Toronto (Canadá); professora titular da Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) e secretária adjunta de Atenção Básica em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão.

Fabíola Lana Iozzi
Geógrafa, mestre em geografia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP).

Francisco Campos Braga Neto
Médico e mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professor do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz e vice-diretor de Desenvolvimento Institucional e Gestão da Ensp/Fiocruz.

Francisco Eduardo de Campos
Médico e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professor titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da UFMG e secretário executivo da Universidade Aberta do Brasil (UNA-SUS).

Francisco Inácio Bastos
Médico, doutor em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com pós-doutorado na Alemanha, Canadá, Reino Unido e EUA; pesquisador titular do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fiocruz.

Isabela Soares Santos
Cientista social e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); coordenadora adjunta do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência (PDTSP/VPPLR) da Fiocruz, coordenadora da Rede PDTSP-Teias da Fiocruz e especialista em gestão da saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Jairnilson Silva Paim
Médico e doutor em saúde pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba); professor titular do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Ufba.

Jorge A. Z. Bermudez
Médico e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz. Foi secretário executivo da International Drug Purchase Facility (Unitaid), na Organização Mundial da Saúde (OMS) em Genebra (2007–2011).

Jorge Solla
Médico e doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); médico sanitarista do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba) e secretário da Saúde do Estado da Bahia.

José Carvalho de Noronha (organizador)
Médico sanitarista e doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); pesquisador do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

José Manuel Santos de Varge Maldonado
Economista e doutor em engenharia de produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professor e pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Laís Silveira Costa
Administradora, mestre em Development Studies pela London School of Economics and Political Science (LSE), Londres, e doutoranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); coordenadora adjunta do Grupo de Pesquisa em Inovação em Saúde da Fiocruz.

Laura Tavares Soares
Enfermeira e doutora em economia do setor público pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e colaboradora do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e do Centro Latino-Americano de Ciências Sociais.

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadora)
Socióloga e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professora do Programa de Estudos Pós-Graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF) e coordenadora do Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais da UFF.

Leonor Maria Pacheco Santos
Química, doutora em patologia pela University of Tennessee Center for the Health Sciences (EUA), com pós-doutorado em epidemiologia materno-infantil na London School of Hygiene and Tropical Medicine; professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

Ligia Bahia
Médica e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e coordenadora do Laboratório de Economia Política da Saúde (LEPS) da UFRJ.

Lígia Giovanella (organizadora)
Médica, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), com pós-doutorado no Institut für Medizinische Soziologie da Universidade de Frankfurt e no Fachbereich Pflege und Gesundheit da Hochschule Fulda, Alemanha; pesquisadora titular e coordenadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Luciana Dias de Lima
Médica sanitarista e doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Luiz Antonio Teixeira
Historiador e doutor em história social pela Universidade de São Paulo (USP); pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e professor da Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da COC/Fiocruz.

Luiz Eugênio Portela Fernandes de Souza
Médico sanitarista e doutor em saúde pública pela Universidade de Montreal (Canadá); professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba).

Luiza Garnelo
Médica e doutora em ciências sociais/antropologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); pesquisadora do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (Manaus) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro
Médico e doutor em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo (USP); professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Marcelo Rasga Moreira
Sociólogo e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisador do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Ensp/Fiocruz e vice-diretor de Cooperação e Escola de Governo em Saúde da Ensp/Fiocruz.

Maria Alícia Dominguez Ugá
Economista e doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Maria Auxiliadora Oliveira
Médica e doutora em engenharia de produção pela Coordenação dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Coppe/UFRJ); pesquisadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) em Políticas Farmacêuticas.

Maria de Betania Garcia Chaves
Psicóloga, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); membro do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas e técnica da Unidade Municipal de Saúde Aldeia Indígena da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis (RJ).

Maria Cecília de Souza Minayo
Socióloga e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora titular da Fiocruz, coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Ensp/Fiocruz e editora-chefe da revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Maria da Conceição Nascimento Costa
Médica e doutora em saúde pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba); professora associada do ISC/Ufba e pesquisadora do CNPq.

Maria Glória Teixeira
Médica e doutora em saúde pública/epidemiologia pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba); professora associada do ISC/Ufba e pesquisadora do CNPq.

Maria Helena Machado
Socióloga e doutora em sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj); pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Ensp/Fiocruz e da Estação Ensp da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH).

Maria Helena Magalhães de Mendonça
Socióloga e doutora em medicina social pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz) e vice-diretora de pós-graduação da Ensp/Fiocruz.

Mariana Vercesi de Albuquerque
Geógrafa, mestre em geografia humana pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e doutoranda em saúde coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

Mario Scheffer
Graduado em comunicação social e doutor em ciências da saúde pela Universidade de São Paulo (USP); professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

Mônica Malta
Psicóloga e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz.

Monica Silva Monteiro de Castro
Médica e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); superintendente de Serviços de Saúde da Unimed-BH.

Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Médico e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisador titular e coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Ensp/Fiocruz e professor *honoris causa* da Universidade Popular das Mães da Praça de Maio (Buenos Aires).

Paulo Marchiori Buss
Médico e mestre em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj); pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, membro titular da Academia Nacional de Medicina e coordenador da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

Pedro Ribeiro Barbosa
Médico e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professor do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz; vice-presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional da Fiocruz.

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
Médico e doutor em educação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da UFMG e médico sanitarista do Hospital das Clínicas da UFMG.

Reinaldo Guimarães
Médico e mestre em medicina social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj); diretor de Propriedade Intelectual da Associação das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina), Comendador da Ordem Nacional do Mérito Científico, Grande Oficial da Ordem Nacional do Mérito Médico e doutor *honoris causa* pela Universidade Federal da Bahia.

Ricardo Ventura Santos
Antropólogo, doutor em antropologia biológica pela Indiana University, com pós-doutorado no Massachusetts Institute of Technology (MIT) e na University of Massachusetts; pesquisador titular do Departamento de Endemias da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e professor associado no Departamento de Antropologia do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Rita Barradas Barata
Médica sanitarista e doutora em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pesquisadora do CNPq e coordenadora da área de saúde coletiva na Capes.

Samuel Jorge Moysés
Dentista sanitarista e doutor em epidemiologia e saúde pública pela Universidade de Londres; professor titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e professor adjunto da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Sarah Escorel (organizadora)
Médica sanitarista, doutora em sociologia pela Universidade de Brasília, com pós-doutorado na Universidade de Lancaster (Reino Unido); pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), integrante do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Nupes/Daps) da Ensp/Fiocruz.

Sérgio Francisco Piola
Médico, com especialização em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; consultor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pesquisador colaborador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

Silvia Marta Porto
Matemática e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Sonia Fleury
Psicóloga e doutora em ciência política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj); professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas (Ebape/FGV).

Soraya Almeida Belisário

Médica e doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); professora associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pesquisadora do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon) da UFMG.

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Psicóloga e doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Vera Lúcia Edais Pepe

Médica e doutora em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo (USP); pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Vera Lucia Luiza

Farmacêutica e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora e coordenadora adjunta do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Ensp/Fiocruz, Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) em Políticas Farmacêuticas.

Volnei Garrafa

Cirurgião-dentista, doutor em ciências pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), com pós-doutorado em bioética na Universidade de Roma; professor titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), coordenador da Cátedra Unesco e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB, editor da *Revista Brasileira de Bioética*, diretor da *Revista Virtual Redbioética/Unesco* e secretário executivo da Red Latino-Americana y del Caribe de Bioética da Unesco.

Sumário

Parte V – Temas Relevantes em Políticas e Sistemas de Saúde

Prefácio à primeira edição

Uma obra tão necessária

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) sentem-se orgulhosos de se unir a outras instituições na produção desta obra de referência, que vem preencher uma lacuna importante na formação de estudantes e profissionais dos diferentes campos disciplinares que compõem a área de saúde.

A saúde coletiva, como campo de produção de um conhecimento interdisciplinar e de formação de sanitaristas, vem se desenvolvendo com intensidade e consistência nos últimos trinta anos no Brasil. Nesse período, um notável apetite pelo debate marcou o campo, sempre baseado num esforço editorial, inédito até então. São exemplos a revista do Cebes, *Saúde em Debate*, a edição de livros de autores nacionais, como Gentile de Mello e Hésio Cordeiro, e estrangeiros traduzidos, como Giovanni Berlinguer e Mário Testa, para citar apenas alguns. Além de publicações 'menos formais', compondo uma imensa massa de folhetos, opúsculos, manifestos, cópias mimeografadas e outras formas de expressão.

Mas sempre nos faltou uma obra que consolidasse as idéias originais e determinadas historicamente no contexto brasileiro. Uma obra que pudesse ser adotada como de referência para os cursos de graduação já consagrados e nos de pós-graduação, incentivados pelo surgimento da Abrasco. Foram necessários mais de quarenta anos para que um grupo seleto de especialistas, coordenados pelos organizadores de *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, nos brindasse com um livro que se reporta essencialmente ao sistema de saúde do Brasil.

A produção acadêmica em saúde coletiva tem ficado restrita à formação da pós-graduação, deixando em aberto os cursos de graduação. Este fato produziu um efeito equivocado, a compreensão da formação em saúde coletiva como uma especialização para quem vai trabalhar como sanitarista, em vez de considerar que conhecer as políticas e o sistema de saúde é imprescindível para todos os profissionais que queiram trabalhar no campo das políticas sociais e de saúde. Independentemente da especialização que este profissional em formação venha a escolher, como desconhecer o que é a política de saúde, o que é o Sistema Único de Saúde (SUS), os determinantes sociais, as condições de saúde e as desigualdades no acesso no Brasil?

Este livro aborda esses e muitos outros temas, como a articulação da saúde com a economia e o desenvolvimento científico e tecnológico, constituindo um complexo industrial

dos mais dinâmicos na absorção de tecnologias e na geração de empregos. Além desses temas mais abrangentes, outros relativos à configuração do SUS, sua história e os principais setores da atenção à saúde são trabalhados em profundidade. Por fim, temas emergentes de alta relevância, como bioética, modelos internacionais de reforma de sistemas de saúde, Aids, saúde de povos indígenas, participação social, atenção à saúde em áreas metropolitanas e formação dos profissionais de saúde, são abordados por especialistas em cada área.

A riqueza e complexidade do campo da saúde coletiva, que se articula com a política, a economia, a filosofia, a demografia, o urbanismo e inúmeros outros campos disciplinares, poderia dar a impressão de apresentar dificuldades para estudantes de graduação e mesmo de pós-graduação. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* vem desmistificar esta falsa imagem, mostrando que esses são conhecimentos essenciais para todos aqueles que querem compreender a realidade brasileira da perspectiva dos campos das políticas sociais e de saúde.

Esta obra adota uma postura inovadora que inclui os eixos de análise individual/coletivo, clínico/epidemiológico e público/privado e os enriquece com uma reflexão essencialmente política a respeito de nossa realidade e dos esforços concretos que vimos fazendo para construir um sistema de saúde universal e democrático. Um livro didático e de referência que congrega autores com experiência concreta na gestão de serviços e do próprio sistema, nos três níveis da federação. A construção do nosso SUS há muito deixou de ser obra exclusiva de intelectuais capazes de ler em língua estrangeira. Temos 'construtores' que lêem na realidade concreta dos serviços e da gestão, e que participam ativamente do complexo processo de construção cotidiana da saúde.

Cebes e Abrasco têm a convicção de que a realidade só pode ser transformada por aqueles que têm a capacidade de compreendê-la. Portanto, a difusão da consciência sanitária é uma forma de democratização do saber e de construção de novas alternativas de poder. Aliar o conhecimento científico à análise política permite construir estratégias de transformação das estruturas tradicionais de poder em direção a uma sociedade democrática e inclusiva.

A Abrasco e o Cebes se consideram recompensados por ter apoiado este projeto, pela magnífica obra que se oferece aos estudantes de graduação e de pós-graduação e a todos os interessados em conhecer nossa política e nosso sistema de saúde.

Por isso nos perguntamos por que demoramos tanto a produzir uma obra tão fundamental como esta. Provavelmente, pelas dificuldades de reunir tantos especialistas de renome e pelo volume de trabalho envolvido na produção. Nossas saudações aos organizadores, que encararam este grande desafio.

Sonia Fleury
Presidente do Cebes

José R. Carvalheiro
Presidente da Abrasco

Prefácio à segunda edição

O livro *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, lançado em primeira edição em 2008, é hoje mais que um sucesso editorial, é uma referência na bibliografia adotada nos cursos de graduação e pós-graduação da maioria das universidades brasileiras. É por isto que o Cebes e a Abrasco têm muito orgulho desta iniciativa que agora está em sua segunda edição.

A ousadia desta obra foi reunir e apresentar as diversas dimensões do sistema de saúde do Brasil em uma abordagem que contempla a complexidade multidisciplinar do campo da saúde coletiva. Para nossas instituições, a formação de profissionais em saúde, especialmente em saúde coletiva, no âmbito da graduação e da pós-graduação, exige conteúdos técnico-científicos, contextualizados social e politicamente, de forma a estimular a capacidade crítica e a ação política destes atores.

A Reforma Sanitária é um projeto político civilizatório, como dizia Sergio Arouca. Resgatar o sentido amplo deste projeto é um grande desafio no momento atual em que todos os esforços se direcionam para impedir os recuos no Sistema Único de Saúde (SUS). É preciso recuperar a compreensão de que, para avançar na Reforma Sanitária, é necessário mudar o modelo do Estado, de maneira que o desenvolvimento esteja aliado à garantia da justiça e à constituição da democracia social. Nessa perspectiva, o Estado deve implementar políticas sociais e econômicas para mudar contextos e situações e incidir na determinação social da saúde, reduzindo as vulnerabilidades de toda ordem.

O SUS, como sistema de atenção e cuidado é extremamente necessário, mas não suficiente para garantir saúde com equidade. A conquista da saúde não se resume à consolidação do SUS. Perseguir o modelo de desenvolvimento pautado na qualidade de vida e no combate às desigualdades e às iniquidades é fundamental na ação política por saúde.

O SUS concebido pelo movimento sanitário e inscrito na Constituição é orientado pelo direito universal à saúde. Mas hoje o SUS é defendido por muitos, em concepções variadas, moldadas por diversos interesses, nem sempre de acordo com as expectativas e os interesses públicos. É preciso, no meio da diversidade dos argumentos em sua defesa, identificar alianças para reconfigurar o cenário político em torno do direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde de qualidade como responsabilidade do poder público.

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil é uma obra que informa sobre as bases e o processo da Reforma Sanitária e, ao mesmo tempo, fornece elementos para que o leitor possa ajuizar os avanços nas políticas de saúde, as responsabilidades pelas deficiências do sistema e as lacunas de equidade em saúde vivenciadas pela população brasileira. A forma adotada nesta

coletânea desde sua primeira edição, agregando distintos eixos de análise, permite, de fato, oferecer ao leitor a riqueza e a complexidade de cada tema abordado.

Cebes e Abrasco reafirmam que a construção da Reforma Sanitária e da saúde requer atores com capacidade de compreender criticamente a realidade, acumulando consciência sanitária, socializando e democratizando poderes, saberes e práticas. Sem prescindir da fundamentação científica rigorosa, é a análise política que irá conferir elementos para as mudanças necessárias para a transformação do Estado e da sociedade de forma a garantir saúde em todas as suas dimensões.

No processo de produção da segunda edição, com o objetivo de avaliar este livro como recurso acadêmico, foram realizadas oficinas com professores de distintas universidades que adotaram a obra, unânimes na avaliação de sua importância e qualidade. A análise de cada capítulo realizada por integrantes da oficina qualificou o aperfeiçoamento e a revisão da segunda edição. Os organizadores também acolheram a sugestão de incluir mais três capítulos referentes a temas especiais: saúde e ambiente, violência e saúde e gênero e saúde.

Desde sua primeira edição a obra está organizada em cinco partes, que agora totalizam trinta e cinco capítulos, cujos autores são especialistas nos respectivos temas, apresentando um panorama abrangente e conhecimentos primorosos sobre as políticas e sistema de saúde brasileiro. Agradecemos a eles e também aos professores que, na condição de seus usuários, permitiram aos organizadores melhorar ainda mais este compêndio.

O Cebes e a Abrasco esperam que o espírito de *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, que busca agregar conhecimento e reflexão crítica aos temas do campo da saúde coletiva, possa ser útil na formação técnica e política dos profissionais de saúde em nosso país.

Ana Maria Costa
Presidente do Cebes

Luiz Augusto Facchini
Presidente da Abrasco

Apresentação

Passados cinco anos de nossa primeira edição, com satisfação apresentamos aos leitores uma segunda edição atualizada, revista e ampliada de *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* a partir de processo consultivo a usuários e autores do livro.

A área de saúde coletiva é hoje uma das mais potentes na produção científica nacional. Isso se deve em parte às mudanças na organização do sistema de saúde ocorridas nas últimas duas décadas, que ampliaram e dinamizaram o setor saúde, com a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A geração de um conjunto de tecnologias e inovações políticas, gerenciais e assistenciais que requerem a constante capacitação de técnicos e profissionais; a descentralização e a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde partilhada entre as três esferas de governo; o modelo baseado no estímulo ao controle social e à participação da população – todos esses elementos favorecem uma dinâmica inédita na área de saúde do país e reiteram a importância de conhecer de forma abrangente os mecanismos políticos e institucionais do setor.

Esse conhecimento tão necessário é gerado hoje especialmente pela área de políticas de saúde, que produz saber e capacita recursos humanos acerca dos fatores explicativos e dos resultados correspondentes às decisões políticas – nos níveis micro e macro da dinâmica do setor – associando-os com as alternativas institucionais e organizacionais. Há uma demanda desse conhecimento em cursos de graduação na área da saúde, em diversas pós-graduações, em inúmeros cursos lato sensu de gestão em saúde, nas áreas de administração, economia e ciências sociais, em disciplinas como as de políticas sociais, políticas de saúde, saúde pública, sistemas de saúde, saúde e sociedade e outras similares.

Apesar do interesse crescente nas áreas de políticas e organização dos sistemas de saúde, a literatura sobre o assunto ainda se restringe a temas específicos, havendo uma carência importante em publicações abrangentes e de caráter didático. Foi com o objetivo de suprir essa lacuna que se organizou este livro sobre *políticas e sistema de saúde no Brasil*. Este texto de referência dirige-se à formação de estudantes de graduação e pós-graduação e objetiva ensinar e permitir a aplicação de conceitos sobre políticas e sistemas de saúde, enfocando especialmente o caso brasileiro em seu desenvolvimento histórico e suas características atuais.

A garantia do direito universal à saúde e a redução das profundas desigualdades sociais em saúde, em suas distintas expressões, são os eixos transversais da abordagem dos diversos temas. Buscou-se, da mesma forma, trabalhar as chamadas respostas sociais aos processos de saúde-enfermidade com um enfoque integral, abordando as dimensões de promoção, prevenção e recuperação.

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, agora em sua segunda edição, está organizado em cinco partes, totalizando 35 capítulos elaborados por especialistas com experiência nos temas selecionados. A parte I – Proteção Social, Políticas e Determinantes de Saúde – contextualiza teórica e historicamente a proteção social em saúde, a análise de políticas, os componentes e a dinâmica dos sistemas de saúde, os determinantes e as desigualdades sociais, e as condições de saúde da população brasileira. A parte II – Saúde como Setor de Atividade Econômica – engloba o complexo industrial da saúde, a área de ciência, tecnologia e pesquisa em saúde, e o trabalho e emprego em saúde. A parte III apresenta a história e a atual configuração do sistema de saúde brasileiro, incluindo o histórico das políticas de saúde no Brasil, a constituição do Sistema Único de Saúde, e os componentes relacionados ao financiamento e alocação de recursos em saúde, e aos planos e seguros privados. A parte IV – Sistema Único de Saúde: setores de atenção – apresenta os modelos de atenção à saúde e analisa os principais âmbitos da atenção à saúde individual e coletiva: atenção primária à saúde, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar, saúde bucal, saúde mental; assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. A parte V – Temas Relevantes em Políticas e Sistemas de Saúde – oferece um panorama de assuntos específicos, embora cruciais, para as políticas de saúde e o funcionamento do SUS, como bioética, tendências e modelos internacionais de reformas de sistemas de saúde, políticas sociais na América Latina, regionalização em saúde, participação social, formação superior dos profissionais de saúde, saúde dos povos indígenas, Aids, cuidado continuado, saúde da mulher, saúde e ambiente, violência e saúde.

Os capítulos apresentam uma parte conceitual sobre o tema abordado, uma referência histórica e internacional e uma caracterização do tema no Brasil. São sugeridas questões para reflexão que podem auxiliar os professores na organização de suas aulas e os alunos na apreensão dos conteúdos. Cada capítulo recomenda leituras para aprofundamento de estudos sobre o tema, com bibliografia de referência e outras fontes de consulta. A edição do texto utilizou diversos recursos buscando tornar a leitura mais agradável e interativa.

A ideia de um livro de referência sobre políticas de saúde era há muito tempo acalentada pelos organizadores – professores e pesquisadores de diferentes escolas, membros atuantes do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Entretanto, apenas em 2005, em uma reunião do movimento sanitário, convocada pelas duas entidades, a proposta recebeu a adesão e o estímulo dos participantes. A partir de então, os organizadores desenvolveram o projeto editorial, buscaram financiamento, convidaram os autores e construíram, ao longo de mais de dois anos, o livro que ora é apresentado aos leitores.

O projeto foi desenvolvido no Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Nupes/Daps) e contou com o inestimável apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). O Nupes desenvolve, desde 1988, estudos e pesquisas sobre a Reforma Sanitária e as políticas de saúde, foi dirigido por três dos organizadores e por ele passaram alguns dos autores desta obra.

A produção de *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* foi viabilizada em grande parte com financiamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Registramos

nossos agradecimentos a essas instituições, em particular, a Francisco Eduardo Campos e José Paranaguá de Santana. Um especial obrigado à Editora Fiocruz cujos profissionais se envolveram nessa empreitada com dedicação e competência.

O processo de elaboração de um livro de referência com objetivos didáticos contou com a assessoria pedagógica da professora Ângela Bernardes Dias, que elaborou as orientações que nortearam o processo de construção dos textos, visando à padronização da estrutura dos capítulos. Para a primeira edição, após a redação inicial, os textos foram lidos e analisados pelos organizadores e pela assessora pedagógica, que apresentaram aos autores sugestões para reformulação de conteúdo e de forma para adequação ao projeto pedagógico. Num terceiro momento, os capítulos, já revistos pelos autores, foram lidos por 'leitores' professores e estudantes: duas professoras de graduação (medicina e serviço social), e três estudantes de graduação, (medicina, enfermagem ou serviço social), cujas observações em muito contribuíram para o aprimoramento dos textos. Os comentários dos leitores foram compilados em oficinas de avaliação pelos organizadores e enviados aos autores para novos ajustes. Finalmente, os textos foram novamente modificados com base em recomendações feitas por pareceristas da Editora Fiocruz. Os capítulos foram, portanto, preparados num processo cuidadoso de contínuas revisões para que se adequassem ao propósito pedagógico desejado para o livro.

A preparação desta segunda edição do livro *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* resultou de um apurado processo de revisão. Consultamos os autores individualmente e realizamos duas oficinas, uma no Rio de Janeiro e outra em Salvador, com professores que adotaram o livro em suas disciplinas e cursos para alunos de graduação e pós-graduação. Os convidados às oficinas provinham de doze diferentes instituições renomadas na área da saúde, de diferentes estados. Nas oficinas, reunimos observações e sugestões para cada um dos capítulos, que foram enviadas aos autores junto às recomendações dos organizadores. A partir dessas observações e sugestões todos os capítulos foram cuidadosamente revistos e atualizados pelos autores, com inclusão também de novas sugestões de sites de interesse e leituras recomendadas. Deste processo resultou igualmente a incorporação de novas temáticas consideradas indispensáveis ao ensino de políticas de saúde. Elaborados por especialistas em cada área, foram incluídos três novos capítulos sobre temas relevantes: políticas de saúde da mulher, saúde e ambiente, violência e saúde. Os novos capítulos, seguindo o processo da primeira edição, passaram por revisão de leitores alunos, assim como dos organizadores. Ainda, por recomendação de usuários, o livro conta agora com um índice remissivo que facilitará a consulta de assuntos específicos.

Agradecemos o apoio inestimável de todos os professores participantes das oficinas, o empenho e atenção dos autores em mais esta empreitada e esperamos que o leitor possa usufruir ainda mais desta nova edição.

A todos, uma boa leitura e o desejo de que permaneça um diálogo para o aprimoramento contínuo do conteúdo desta obra.

Os organizadores

Parte I

Proteção Social, Políticas e Determinantes de Saúde

1. Política de Saúde: uma política social

Sonia Fleury
Assis Mafort Ouverney

Neste capítulo, vamos buscar compreender por que a política de saúde deve ser tratada como uma política social, ou seja, uma política que está voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades. Esta abordagem tem como objetivo entender que, como as demais políticas sociais, a política de saúde está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios. Seria mais simples pensarmos que toda política de saúde é voltada para melhorar as condições sanitárias de uma população. No entanto, como veremos, existem muitos outros interesses envolvidos que também determinam os rumos e o formato das políticas de saúde.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Veremos que, dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania.

A primeira parte do capítulo discute o conceito de cidadania, o processo histórico de construção, as diferentes formas de manifestação e as implicações teóricas e práticas para a organização dos sistemas de proteção social e para a natureza da política social. Sistematizadas as características e os dilemas históricos e conceituais dos sistemas de proteção social, a segunda parte do capítulo apresenta e discute os aspectos mais dinâmicos, concretos e atuais da política de saúde. Assim, poderemos abordar a dinâmica de construção e da gestão das políticas sociais, ou seja, vamos debater os aspectos de construção de políticas, como os sistemas de proteção social são geridos e por meio de que estratégias, instrumentos e processos eles agem diretamente sobre a realidade social, tomando como exemplo a política de saúde.

Construção da cidadania e surgimento dos sistemas de proteção social

A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. O pertencimento à comunidade política pressupõe também, além de crenças e sentimentos, um vínculo jurídico e político, o que requer a participação ativa dos indivíduos na coisa pública.

A cultura cívica é a base da cidadania, uma construção política que deve ser recriada a cada momento da história de uma sociedade. A cidadania é a dimensão pública dos indivíduos, vistos como autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada, mas integrados e cooperativos na comunidade política. Ou seja, enquanto o indivíduo no mercado é pensado apenas a partir da perspectiva de que ele quer maximizar seus ganhos, o indivíduo visto como cidadão incorpora uma dimensão pública, além dos seus próprios interesses egoístas, voltando-se para a busca da comunidade como um todo, comportando, assim, a perspectiva da solidariedade. Neste sentido, a cidadania pressupõe um modelo de integração e sociabilidade, que surge como resposta social às transformações socioeconômicas e políticas ocorridas com o advento da Revolução Industrial e os correspondentes processos históricos de desagregação dos vínculos tradicionais de solidariedade da sociedade feudal. Em outros termos, os vínculos tradicionais que ligavam os indivíduos à comunidade, seja por pertencer a um estrato social, a uma sociedade de conhecidos ou a um grupo religioso, são substituídos por uma noção generalizada de pertencimento a uma comunidade ampla e mais abstrata, como a nação.

A cidadania consiste em um *status* concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política, tal como definido no estudo clássico de Thomas Humphrey Marshall (1967), *Cidadania, Classe Social e Status*.

Marshall e o desenvolvimento dos direitos de cidadania

A partir da observação da realidade histórica da Inglaterra, Marshall, cientista social inglês, formulou uma tipologia dos direitos de cidadania, decompondo essa noção geral em três elementos constitutivos, ressaltando que sua separação em tais elementos decorreu da própria evolução histórica distinta que cada um deles atravessou no caso inglês. Ao surgimento de cada um dos elementos, o autor associou também a correspondência com instituições públicas responsáveis pela garantia de sua vigência. São eles:

- O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de contratos válidos e o direito à justiça. As instituições mais associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça.
- O elemento político corresponde ao direito de participar no exercício do poder político, com um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e os conselhos do governo local.
- O elemento social refere-se a tudo o que vai desde o direito a um mínimo bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições correspondentes são, de forma mais estreita, o sistema educacional e os serviços sociais (Marshall, 1967).

Segundo Marshall, o divórcio entre os três elementos da cidadania faria com que cada um deles seguisse um curso próprio, o que o leva a afirmar que foram firmados em momentos distintos: os direitos civis no século XVIII, os políticos no XIX e os sociais no XX. Além disso, Marshall levanta uma tese não apenas histórica, mas que pressupõe uma relação causal entre os três elementos. Assim, os direitos políticos seriam um produto do exercício dos direitos civis, da mesma forma que os direitos sociais seriam o resultado da participação política na sociedade democrática (Fleury, 1997). Muitos pretendem tomar este modelo como o único curso para o desenvolvimento da cidadania, mas não ocorreu assim em outros países. No caso da Alemanha, por exemplo, os direitos sociais antecederam o desenvolvimento dos direitos civis e políticos.

O surgimento da cidadania como possibilidade se desenvolveu como parte da construção dos Estados nacionais e da instauração do capitalismo, que, pela primeira vez, estabeleceu um Estado moderno em que o fundamento da sua soberania advém dos cidadãos, que são todos iguais diante da lei. Conceitos como liberdade, igualdade e solidariedade estão na raiz da evolução da cidadania, embora muitas vezes de forma conflituosa. Contudo, sua concretização como condição real e *status* efetivo não se realiza apenas pela presença de um ente que tem em seu aparato a materialização do poder centralizado e que, fazendo uso deste, contribuiu para fomentar os vínculos entre indivíduos e a construção da nação. As sociedades enfrentam lutas históricas pela conquista e expansão dos direitos de cidadania, questionando a não efetivação da ordem igualitária.

Cidadania

A cidadania implica um princípio de justiça que possui uma função normativa na organização do sistema político, sendo contemporânea ao desenvolvimento dos Estados modernos e do modo de produção capitalista. Nos Estados modernos, o poder é exercido em nome dos cidadãos, que devem legitimar a autoridade política. A expansão da cidadania é parte do processo de democratização do sistema político. A cidadania é considerada um atributo central da democracia, uma vez que a igualdade é ampliada pela expansão do escopo da cidadania e cada vez mais pessoas têm acesso a essa condição. Paradoxalmente, o *status* político da cidadania foi estendido de forma conjunta com um sistema econômico fundamentado na diferenciação de classe baseada na propriedade. Enquanto a classe social está fundamentada na desigualdade econômica, a cidadania garante os mesmos direitos e deveres a todos.

O próprio surgimento e a manutenção do Estado moderno como poder centralizado que possui o monopólio da força, e, portanto, encontra-se de alguma maneira distanciado das divisões econômicas da sociedade, depende da sua capacidade de atender às demandas dos cidadãos e legitimar-se como poder que se exerce em nome do povo. A separação entre Estado e Sociedade, Economia e Política é constitutiva do Estado moderno e da sociedade capitalista, fundada na igualdade entre os indivíduos que se encontram nas trocas realizadas no mercado. Por isso, podemos dizer que Estado e cidadania são contrafaces da mesma moeda, um não existindo sem o outro.

A relação de poder entre os indivíduos e o Estado representou uma grande transformação na estrutura social da modernidade. De um lado, um Estado que atua por procedimentos racionais e legais e que funda seu poder nos indivíduos constituídos como cidadãos. A existência de uma burocracia de carreira, que não deve favores ao soberano, é condição imprescindível para que todos os indivíduos sejam tratados da mesma maneira diante do poder político, da lei, ou seja, é a garantia da existência da cidadania. De outro lado, só os cidadãos podem garantir e assegurar a legitimidade do exercício do poder político.

A democracia e a competição eleitoral tornam-se instrumentos intrínsecos a este arranjo político, necessário ao exercício do poder, que resultou de transformações socioeconômicas ocorridas entre os séculos XVI e XVIII, que instauraram a sociedade capitalista baseada em princípios que promovem estruturalmente a desigualdade como condição de sua reprodução. A desigualdade e a exploração na esfera econômica, partes intrínsecas da organização da produção capitalista, entram constantemente em contradição com a igualdade necessária a esta construção política e econômica do Estado moderno, qual seja, a existência de indivíduos iguais e livres que estabelecem voluntariamente relações de troca e que se encontram protegidos por um poder político que se exerce em nome de todos, sem distinção, e que é legitimado pelos cidadãos.

A cidadania, inicialmente, surge apenas como uma possibilidade no processo de construção da dominação burguesa, uma vez que o mercado requer a presença do *status* jurídico de igualdade para o pleno desenvolvimento das relações de troca. Cada sociedade, em suas lutas históricas, é capaz de transformar esta hipótese em uma realidade concreta, construindo suas modalidades de proteção social e sua condição concreta e singular de cidadania.

Weber (1991) interpreta as transformações socioeconômicas e políticas ocorridas na Europa durante os séculos XVI a XVIII como a passagem de um padrão de autoridade tradicional, baseado no sistema de troca entre desiguais – senhor feudal e servo – para um padrão individualista, ou seja, entre indivíduos isolados. Segundo Bendix (1964), o principal aspecto desta passagem residiu nos impactos gerados pela ampliação da comunidade política, com a criação dos Estados nacionais, sobre os vínculos de identificação e solidariedade entre os indivíduos e sobre o papel dos centros de poder em relação à coesão do tecido social. As relações de poder se estruturavam no interior da comunidade política medieval e emergiam de um espaço configurado por linhas de forças representadas por jurisdições de relativa autonomia (feudos e estamentos), configurando um sistema com certa organicidade, dada pelas rígidas normas de funcionamento e de relações entre os componentes desse sistema.

A coesão social era resultado, em primeiro lugar, do caráter restrito da comunidade política, que impedia a relação direta do soberano com os integrantes dos diversos feudos que compunham o reino, exigindo, assim, a delegação de funções aos estamentos superiores (a nobreza), o que resultava em uma coalizão de interesses de poder. Esta relação de mediação exercida pelos estamentos superiores se completava nos vínculos com os demais estamentos por meio de um sistema de direitos e obrigações fundamentados na tradição hereditária.

Segundo Bendix, este sistema de reciprocidade de direitos e obrigações entre nobres e camponeses, mesmo legitimando uma condição desigual, proporcionava o caráter de integração social ao estabelecer a responsabilidade de proteção e ajuda. Assim, mesmo diante da desigualdade, a integração da comunidade se fazia presente mediante vínculos de solidariedade entre os estamentos, fundamentados na reciprocidade de direitos e obrigações, configurando uma relação de proteção e dependência:

> Por mais caprichosos e evasivos que fossem os senhores, é razoável supor que durante algum tempo seu sentido de responsabilidade aristocrática, que os incumbia de ações práticas em relação a seus inferiores, manteve-se em um nível relativamente alto, e que a lealdade e obediência de seus subordinados era autêntica. (Bendix, 1964: 62)

O novo padrão de relações de autoridade que surgiu com a revolução burguesa supunha novos vínculos entre as classes, bastante diferentes daqueles estabelecidos entre os estamentos. As motivações provenientes das concepções liberais pressupunham uma organização social com base no princípio da igualdade, enquanto as relações estamentais eram baseadas nas diferenças naturais entre os indivíduos. Como consequência, a partir da segunda metade do século XVIII, a noção de responsabilidade dos ricos para com os desprovidos de condições materiais de sobrevivência passou a ser rejeitada explicitamente e a ser vista pelos intelectuais formadores de opinião, como escritores, cientistas sociais e filósofos, como uma 'mentira piedosa'.

O novo posicionamento em relação aos excluídos, que desprovia as relações sociais de solidariedade, teve origem, na verdade, nos próprios fundamentos de mercado e de esta-

belecimento de Estados nacionais que postulavam a existência de uma igualdade abstrata, como observou Tocqueville (1945: 311):

> Como em épocas de igualdade nenhum homem é compelido a prestar assistência a seus semelhantes, e ninguém tem direito a esperar muito apoio deles, todos são ao mesmo tempo independentes e impotentes. Essas duas condições, que nunca devem ser consideradas de forma separada nem sobrepostas, inspiram, ao cidadão de um país democrático, inclinações bastante opostas. Sua independência o enche de segurança em relação a si mesmo e de orgulho entre seus iguais; sua debilidade o faz sentir, de tempos em tempos, o desejo de ajuda que não pode esperar de nenhum deles, sendo a causa de sua impotência e indiferença em relação aos demais.

A postulação da igualdade abstrata que inicia a era das relações contratuais, na qual os indivíduos estão no mesmo plano, possibilitou a emergência da ação política das camadas excluídas pela sociedade industrial. Porém, da simples composição abstrata de igualdade perante uma comunidade nacional ao compartilhamento de padrões de inclusão há um grande espaço, que requereu a mobilização em torno da institucionalização de direitos universais inseridos na ação do Estado por meio de políticas públicas, capazes de concretizar o *status* de cidadania.

Os efeitos da industrialização sobre as condições socioeconômicas de existência e de inserção na recém-formada nação, e o contraste destes com as reflexões propiciadas pela ampla difusão das ideias igualitárias geraram contradições de amplitude suficiente para a emergência de movimentos sociais, de origem operária e sindical, em busca da efetivação de uma condição de cidadania que lhes era negada na prática. Assim, a ampliação da comunidade política com o surgimento dos Estados nacionais gerou a possibilidade de luta pela exigência de ações coletivas e concretas na garantia de direitos capazes de inserir os excluídos nesta comunidade nacional.

O primeiro passo nesse processo ocorreu com o próprio reconhecimento político de que a pobreza e a precariedade das condições materiais de existência das camadas de trabalhadores urbanos tornavam-se, com a emergência da sociedade capitalista, um problema a ser enfrentado coletivamente, ou seja, surge uma questão social que requer resposta social e institucional, sob pena de rompimento das estruturas sociais.

O surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial, para regular as condições de trabalho e minorar os sofrimentos decorrentes da situação de miséria, isto é, a emergência da pobreza como problema social está associada ao fenômeno da industrialização e ao consequente rompimento das relações tradicionais do feudalismo. Instaura-se, nesse momento, a necessidade de desenvolver tanto formas compensatórias de integração e coesão social quanto mecanismos e instrumentos de reprodução eficaz da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista.

Assim, os movimentos sociais que ocorreram durante o século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social.

Somente por meio desses movimentos de protesto, lutas e mobilização política intensa, ocorridos na segunda metade do século XIX, foi possível avançar em direção ao

estabelecimento de direitos e obrigações na construção de um processo de integração social (Polanyi, 1980).

Para muitos autores, as políticas de proteção social foram uma resposta ao processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas e suas consequências – entre elas, o aumento da divisão do trabalho, a expansão dos mercados e a perda das funções de seguridade das organizações tradicionais como a família – em busca de uma nova estabilidade e segurança, gerando um novo tipo de solidariedade em um contexto de alta mobilização social.

A proteção social, como atividade coletiva e orientada para esses objetivos, desenvolveu-se juridicamente na forma dos direitos garantidores da condição ou *status* de cidadania e institucionalmente na formação de complexos de proteção social estabelecidos nacionalmente. A conquista dos direitos civis, políticos e sociais foi responsável pela transformação do Estado, ampliando, concomitantemente, as instituições e políticas públicas relativas ao funcionamento da Justiça, do sistema eleitoral e da provisão dos benefícios sociais. A proteção social se institucionalizou pelo desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando a ampliar o bem-estar da população. Surgiram, assim, os Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*.

Welfare States (Estados de Bem-Estar Social)

Este termo designa as políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida, que procuram promover a seguridade e a igualdade entre cidadãos, com o objetivo de fomentar integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas. Primeiro, os Welfare States consistem em uma resposta às crescentes demandas por seguridade socioeconômica em um contexto de mudança na divisão do trabalho e de enfraquecimento das funções de seguridade das famílias e associações debilitadas pela Revolução Industrial e a crescente diferenciação das sociedades.

Segundo, eles representam respostas às crescentes demandas por igualdade socioeconômica surgidas no processo de crescimento dos Estados nacionais e das democracias de massa com a expansão da cidadania.

Os Welfare States são, portanto, um mecanismo de integração que neutraliza as características destrutivas da modernização, e sua essência reside na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade, realizada por meio de políticas distributivas.

Os *Welfare States* – como foram designados os amplos sistemas de proteção social – são produto de uma situação histórica concreta, vivida na Europa, que deu origem ao Estado nacional, à democracia de massas e ao capitalismo industrial. Pode-se identificar uma sucessão de elementos históricos que explicam a expansão da proteção social. São eles: a industrialização; a grande mudança populacional na direção campo/cidade; a ruptura dos laços e redes tradicionais de solidariedade e integração; o surgimento de grandes unidades produtivas e a criação de grupos relativamente homogêneos de trabalhadores; a mobilização e organização da nova classe trabalhadora por melhores condições de trabalho; a evolução da democracia de massas com a criação de partidos operários e/ou socialistas; o aumento da produtividade do trabalho e da riqueza acumulada; a consolidação de um corpo burocrático estatal e o domínio das técnicas administrativas; o aumento da intervenção do Estado e a criação de mecanismos redistributivos por meio de políticas sociais; a institucionalização do conflito industrial e redistributivo, mediante o desenvolvimento de organizações como partidos e

associações de representação de interesses, capazes de dialogar e estabelecer acordos sobre assuntos de interesses mútuos (Flora & Heidenheimer, 1981).

O surgimento dos sistemas de proteção social ao final do século XIX, na Europa, ocorreu em sociedades nacionais diferentes, e como seu objetivo foi introduzir arranjos mais igualitários, a forma tomada por esses sistemas guarda estreita correspondência com a estrutura e a dinâmica social de cada uma. Há, assim, com o desenvolvimento histórico subsequente e a difusão dos sistemas de proteção social, os diversos arranjos nacionais de acordo com cada realidade histórica específica. Apesar das diferenças nacionais, é possível distinguir três tipos ideais de sistemas de proteção social.

Tipos ideais de proteção social

Analisando casos históricos sobre o desenvolvimento dos sistemas de proteção social em países considerados industrializados, foi possível construir uma tipologia das formas de proteção social. A construção de tipos ideais organiza em grupos as características que, em geral, aparecem em conjunto nos sistemas de proteção social. Contudo, nem todas as características de cada grupo se apresentaram em cada caso histórico concreto. Daí utilizarmos a noção de tipos ideais. O uso desses tipos ideais tem como objetivo identificar distintos modelos de proteção para a comparação entre países e para a análise de realidades concretas. Nesta tipologia, além dos elementos ideológico e valorativo que estão nas bases dos sistemas de proteção, são apresentados os elementos organizativos e institucionais que viabilizam a implementação das opções políticas adotadas em cada caso. Por fim, nesta tipologia, são assinaladas as relações entre os modelos de proteção social e as condições de cidadania geradas em cada caso. Vamos observar que os sistemas de proteção social, ainda que possam oferecer benefícios similares, tendem a projetar efeitos políticos em relação à cidadania que podem ser altamente diferenciados.

Em outras palavras, cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com suas instituições, com a relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Em cada contexto singular, com uma dada relação das forças sociais, emergirá um modelo de proteção social peculiar àquela sociedade. Estes modelos podem ser analisados por suas semelhanças e diferenças em relação aos tipos já estudados.

Os diferentes modelos podem ser entendidos a partir da modalidade de proteção social que provê os critérios de organização dos sistemas e de incorporação das demandas sociais, por meio de uma institucionalidade específica. Assim, encontramos as seguintes modalidades da proteção social: a assistência social, o seguro social e a seguridade social. Os modelos variam no que toca à concepção de políticas sociais e suas instituições. E o mais importante é que eles vão ter impactos na construção da própria sociedade.

Esses impactos implicam que cada um dos modelos de proteção social vai gerar condições distintas no *status* atribuído de cidadania. Tomando a expressão jurídica e política da articulação Estado/sociedade em cada uma das modalidades, encontramos, respectivamente, as relações de cidadania invertida, cidadania regulada e cidadania universal. Ao analisar uma política social, devemos, pois, ter em conta não apenas o benefício adquirido, mas, fundamentalmente, o *status* atribuído na concessão desse benefício.

Os traços principais dos três tipos identificados estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelos de proteção social

Modalidade	Assistência	Seguro	Seguridade
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-Democrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Status	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	% Salário	Orçamento
Atuarial*	Fundos	Acumulação	Repartição
Cobertura	Focalização	Ocupacional	Universal
Benefício	Bens e serviços	Proporção do salário	Mínimo vital
Acesso	Prova de meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantrópica	Corporativa	Pública
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	Leis dos pobres	Bismarck	Beveridge
CIDADANIA	INVERTIDA	REGULADA	UNIVERSAL

* O regime atuarial envolve a forma de gestão e a seleção de critérios de distribuição dos recursos financeiros captados.

Fonte: Fleury, 1994.

Para refletir

Quais são as características fundamentais do sistema de proteção social do Brasil? Com base no Quadro 1, que contém os modelos clássicos de proteção social, analise o modelo de proteção social brasileiro a partir de cada um dos traços/modalidades apresentados. Utilize como base para as análises o texto constitucional sobre a seguridade social.

O modelo de assistência social

O modelo de proteção social, cujo eixo central reside na assistência social, teve lugar em contextos socioeconômicos que enfatizaram o mercado com sua capacidade de ser autorregulável, sendo que o Estado deve ser restrito ao mínimo necessário para viabilizar a existência do mercado. Nesse caso, as necessidades são satisfeitas de acordo com os interesses individuais e a capacidade de cada um de adquirir os bens e serviços de que precisa. Os valores dominantes são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades, capazes de gerar condições diferenciadas de competição no mercado.

A ênfase no mercado reserva à ação pública um lugar mínimo e complementar a este mecanismo básico, assumindo em consequência um caráter compensatório e discriminatório sobre aqueles grupos sociais que recebem proteção social porque demonstraram sua incapacidade para manter-se adequadamente no mercado. Por isso, o modelo é também conhecido como residual, sendo organizados fundos e doações administrados por organizações voluntárias, privadas ou públicas, guiadas por uma perspectiva educadora e de caridade para com os pobres. Outra característica é o caráter temporal das ações assistenciais,

de natureza emergencial e pontual, gerando estruturas fragmentadas e ações descontínuas de atenção social.

As ações assistenciais devem dirigir-se aos focos de pobreza ou grupos vulneráveis, sendo necessário, para tornar-se beneficiário, apresentar uma prova de inexistência de meios que ateste sua incapacidade financeira. O fato de receber um benefício, ainda que tendo um caráter mais permanente, não transforma o indivíduo em possuidor de um direito. Isto porque a concessão do benefício sempre dependerá de sua condição de carência e do poder discricionário de um funcionário que analisará a solicitação.

A assistência social surge como modelo de caráter mais propriamente preventivo e punitivo que uma garantia dos direitos da cidadania, o que se evidencia nos rituais de desqualificação dos envolvidos nessas práticas – como no tratamento muitas vezes ainda dado a meninos de rua e prostitutas – que implicam até mesmo a perda de outros direitos da cidadania, como o direito de ir e vir.

Fleury (1994) denominou essa relação social como "cidadania invertida", já que o indivíduo ou grupo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social. Para superar essa condição, os profissionais do serviço social vêm travando muitas e importantes lutas para assegurar a assistência como parte dos direitos da cidadania. Trata-se de inserir a assistência como política pública e direito dos cidadãos, rompendo a perspectiva de caridade e voluntariado, que caracterizou o assistencialismo.

O modelo de seguro social

Implantado por Bismarck, na Alemanha, o seguro social tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Com base nos princípios da solidariedade, que surgiram com a formação da classe trabalhadora industrial, não deixa de conjugar estes valores com o princípio do mérito, por meio do qual os indivíduos deverão receber compensações proporcionais a suas contribuições ao seguro. Sancionado pelo Estado, o seguro social tem uma forte presença da burocracia, que reconhece e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais, em busca da lealdade dos beneficiários. A assistência é focalizada nos pobres, e o seguro social está voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal, já politicamente organizados.

O esquema financeiro do modelo do seguro social revela uma associação entre política social e inserção no mercado de trabalho, já que recebe contribuições obrigatórias de empregadores e empregados, como porcentagem da folha salarial, às quais vem se juntar a contribuição estatal. Esse modelo tripartite de financiamento se reproduz também na gestão, que expressa claramente a natureza corporativa desse mecanismo de organização social da proteção, já que se dirige a categorias profissionais.

Seu objetivo é a manutenção das condições socioeconômicas dos beneficiários, em situações de risco, como a perda da capacidade de trabalho por idade, enfermidade ou acidente. Visa a assegurar àquele que já tenha contribuído durante um determinado período condições de vida semelhantes às de um trabalhador ativo.

Os recursos das contribuições mensais são aplicados em conjunto para depois serem distribuídos de acordo com as necessidades, sempre mantido o vínculo entre a contribuição e os benefícios, ou seja, aqueles que mais contribuírem terão direito a benefícios maiores. Esse modelo atuarial de acumulação é perfeito para o caso das aposentadorias, mas já não

se aplica plenamente no caso da saúde, em que os que menos contribuem, por terem salários mais baixos, são os que mais necessidades têm. Como o seguro social é coletivo, e não individual como os atuais seguros privados, há sempre uma margem para redistribuição entre os participantes de uma dada categoria.

Cidadania regulada

"Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por extensão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei" (Santos, 1979: 68).

A organização altamente fragmentada das instituições sociais expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados das diferentes categorias de trabalhadores, na medida em que cada uma delas tem força política distinta para reivindicar melhorias no seu padrão de benefícios. O condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho foi chamado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) de cidadania regulada, por referência à regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva.

O modelo de seguridade social

No terceiro modelo, a proteção social assume a modalidade de seguridade social, designando um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um principio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Sua referência histórica é o Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra, onde se estabeleceu, pela primeira vez, um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado.

O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores. O acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos, ou seja, o acesso à escola porque é preciso ser educado, o acesso ao sistema de saúde porque há uma demanda sanitária.

Ao desvincular os benefícios das contribuições, é estabelecido um mecanismo de redistribuição por intermédio das políticas sociais, que têm como objetivo corrigir as desigualdades geradas no mercado. Esse modelo foi também chamado institucional porque gerou um sistema de políticas e instituições públicas capaz de assegurar, de forma integrada e centralizada, a coordenação da execução dessas políticas.

O Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema, que destina recursos importantes do orçamento público para a manutenção das políticas sociais. Os recursos do sistema são repartidos na medida em que as despesas são cobertas com recursos arrecadados periodicamente. Nesse sentido, fala-se que a seguridade gera um compromisso entre gerações, em que os adultos atuais pagam os benefícios da geração de seus pais e criam uma dívida para a geração de seus filhos. Nesse modelo, podemos falar de uma cidadania universal, já que os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos aqueles que necessitem deles.

Conhecidos os três modelos clássicos de proteção social, algumas questões ficam para a reflexão:

- Apesar das diferenças entre os três modelos, existem alguns pressupostos básicos comuns a todos eles, em especial a existência de Estados nacionais fortes o suficiente para assegurar os direitos de seus cidadãos e a existência de um padrão de desenvolvimento econômico que absorva a mão de obra e que permita o financiamento da proteção social, seja pela política pública, pelo mercado ou pelo seguro social. No contexto atual,

de globalização da economia e perda de poder dos Estados nacionais, como serão afetadas as políticas sociais? Em um modelo econômico no qual a economia cresce sem absorver a maioria da população, como manter os sistemas de proteção social?

- O conceito de cidadania supõe uma igualdade básica dos indivíduos na esfera política, apesar de todas as diferenças sociais. No entanto, um conceito de igualdade que se aplique de forma homogênea a setores e grupos sociais em condições tão distintas é o mais justo? Quando se discutem políticas sociais baseadas em critérios de discriminação positiva de grupos que foram prejudicados pelas políticas homogêneas, o que está em questão é a revisão do conceito de igualdade simples para o de uma igualdade complexa, no qual as diferenças – como as de gênero, idade, etnia, raça e necessidades físicas especiais – sejam tratadas como singularidades pelas políticas públicas universais.
- Recentemente, houve uma volta ao predomínio da ideologia liberal, o que gerou críticas fortes ao sistema de proteção social de caráter público. Falou-se muito do fracasso do Estado de Bem-Estar Social, das dificuldades para financiá-lo, já que a população idosa vive cada vez mais, a atenção à saúde é cada vez mais cara e o número de pessoas adultas e jovens vem diminuindo, proporcionalmente. No entanto, países que mantêm mais de 50% de sua população trabalhadora – população economicamente ativa (PEA) – no mercado informal terminam por inviabilizar a proteção social se sua fonte de renda for feita principalmente com base nas contribuições sobre o salário.
- Sabemos que a adoção de um ou outro modelo de proteção social não depende basicamente da riqueza do país, mas do predomínio de valores mais individualistas ou mais solidários. Assim, enquanto os países escandinavos e o Canadá apresentam sistemas de proteção social muito abrangentes e generosos, cobrando para isto altos impostos, os Estados Unidos dão mais valor ao trabalho e ao esforço de cada um para conseguir seu seguro individual. O crescimento dos seguros individuais nos países em desenvolvimento é um fato marcante, pois esses seguros, diferentemente do seguro social, não permitem qualquer forma de distribuição social entre os grupos mais ricos e os mais pobres da população.
- A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no art. 194 (Cap. II, da Ordem Social), inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, 1988). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência na seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, uma perspectiva 'publicista' de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado. Esse novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da seguridade social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações

urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. Além disso, introduziu a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar.

O conceito de política social

As ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social consistem no que chamamos de política social. Esta é a atividade que decorre da própria dinâmica de atuação dos sistemas de proteção social, ou seja, consiste em sua forma de expressão externa, concretização, e envolve o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais.

Política social
Consiste em um termo empregado de forma restrita para se referir a todas as políticas que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e a proteção social. Em uma concepção mais ampla, a política social abrange tanto os meios pelos quais se promove o bem-estar em cada sociedade quanto os determinantes do desenvolvimento social. Neste sentido, deixa de ser uma ação exclusivamente governamental para envolver outros atores sociais. Existem muitas formas de se definir política social, por exemplo, de acordo com os propósitos, setores, problemas, processos decisórios, relações de poder e funções. Cada uma delas apresenta vantagens e desvantagens específicas. Uma das definições mais utilizadas concebe a política social como conjunto de ações que objetivam a promoção da igualdade e do bem-estar, enfatizando, assim, os valores que guiam tais ações. Este é um aspecto importante porque as políticas sociais são sempre orientadas por valores, embora, em muitos casos, não haja correspondência entre o resultado final e os objetivos iniciais da política.

Assim, a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar. Portanto, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades.

Tradicionalmente, as políticas sociais abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, que são os campos clássicos do bem-estar social, além de outros campos como a educação e habitação. Cada uma delas está voltada para a proteção coletiva contra riscos específicos e, portanto, possuem aspectos singulares de elaboração, organização e implantação, assim como diferem em termos de técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos específicos almejados. Esses aspectos da dinâmica de cada uma das áreas da política social são complexos e de extrema importância no desenvolvimento dos sistemas de proteção social, uma vez que são nesses aspectos que os sistemas adquirem forma concreta e agem diretamente sobre a realidade social.

Assim, quando se fala em política social como ação concreta de proteção social, uma nova questão se coloca: compreender como os sistemas de proteção social são geridos e, principalmente, como eles agem concreta e diretamente sobre a realidade social. Logo, quando passamos dos sistemas à política social, posicionamo-nos diante de um novo desafio, que é avançar além dos aspectos mais estáticos e históricos dos sistemas de proteção social (como a classificação em tipos ideais), para nos envolvermos em seus aspectos mais concretos e atuais.

Na segunda parte deste capítulo, vamos abordar a dinâmica de construção e gestão da política social, ou seja, vamos entender como os sistemas de proteção social são geridos e por meio de que estratégias, instrumentos e processos eles agem diretamente sobre a realidade social. Tomaremos a política de saúde como exemplo da dinâmica de gestão dos sistemas de proteção social, uma vez que o objetivo deste capítulo é apresentar a política de saúde como uma política social.

Ao apresentar como a política de saúde, em especial a política de saúde no Brasil, se constrói e age cotidianamente, buscamos compreender como a política social, em meio a ações técnicas, estratégias políticas e organizacionais, disputas por recursos e ideias, cumpre seu papel maior de proteger as coletividades.

Para refletir
Como construir modelos de proteção social e expandir a cidadania em países emergentes?

A política de saúde como ação de proteção social: aspectos da dinâmica de construção e gestão da política social

A construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais.

Portanto, a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. Por exemplo, a sociedade financia com seus impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar, comporta-se de formas que afetam a saúde, coletiva e/ou individualmente (poluição, sedentarismo, consumo de drogas). O Estado, por exemplo, define normas e obrigações (regulação dos seguros, vacinação), recolhe os recursos e os aloca em programas e ações, cria estímulos para produção de bens e serviços, cria serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O mercado produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos.

Por critério de relevância, selecionamos sete aspectos considerados essenciais na construção e na dinâmica de gestão da política de saúde. Esses aspectos são:

1) a definição de objetivos (finalidades) da política – a política de saúde se constrói buscando atingir objetivos projetados e acordados como garantidores de padrões de proteção mínimos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar (redução e eliminação de enfermidades, distribuição de benefícios para manter nível de renda em patamares aceitáveis, regulação de relações sociais como familiares e empresariais);

2) a construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas capazes tanto de analisar e monitorar as condições sociais de existência da população quanto de desenhar estratégias, metas e planos detalhados de ação;

3) o desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes – a política de saúde produz efeitos em diversas relações sociais ao mesmo tempo (promoção da

igualdade, legitimação política de grupos governamentais, manutenção da dinâmica econômica);

4) a construção oficial de arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios que definem as estratégias e os planos de ação da política;

5) a assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais provenientes dos mais diversos atores presentes na cena política de um país;

6) o desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que representam o resultado de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que permeiam, sustentam a política e a interligam ativamente ao sistema de proteção social;

7) a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social – a afirmação e a difusão de valores éticos, de justiça e igualdade, de referenciais sobre a natureza humana fundada em evidências cientificamente legitimadas, de ideais de organização política e social, de elementos culturais e comportamentais.

Todos esses elementos são centrais na construção da política de saúde e estão presentes no cotidiano da ação dos sistemas de proteção social sobre a realidade. A seguir, passaremos a abordar cada um deles ao discutirmos como se fazem presentes na construção concreta da política de saúde.

A definição de objetivos (finalidades) da política

O conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população. Esta forma de entendimento sobre a natureza da política de saúde está presente na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma que aquela consiste em:

> Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que *definem as prioridades* e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (WHO, 1998: 10 – grifo nosso)

O estabelecimento de objetivos, orientados por valores maiores que são referenciais, consiste em um dos principais componentes da construção de uma política, uma vez que é a busca pelos objetivos que determinará a forma de alocação de recursos e o tipo de estratégia adotada.

As definições mais difundidas da política de saúde podem ser caracterizadas pela ênfase principal dada pelo dever ser ou pelas finalidades que a política de saúde deveria cumprir. Por exemplo: é um esforço sistemático para reduzir as desigualdades entre os homens.

Essa é uma concepção que apresenta os aspectos externos da política de saúde, ou seja, aqueles que estão mais próximos do senso comum, pois colocam à disposição da população o propósito dos governantes sobre os problemas de saúde:

> Entende-se por política [de saúde] as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento (...). As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. *O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito*, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos. (Brasil, 1998: 7 – grifo nosso)

Assim, quando elaboramos uma política, precisamos definir quais são seus objetivos e que tipo de valores estão orientando essa política. Isso possui ainda dois efeitos importantes. O primeiro consiste na visibilidade política que essa forma de se apresentar comporta, permitindo que chefes de governo divulguem com mais facilidade suas realizações, indo ao encontro aos anseios da população. O segundo deve-se a que o conceito permite que se tenha uma visão totalizante da política, possibilitando avaliar seus rumos.

A principal vantagem consiste em chamar atenção para o conteúdo valorativo das políticas de saúde, considerando que estas, mais que simples medidas técnicas de equacionamento de problemas sociais, estão baseadas em um conjunto de valores que orientam as definições e estratégias. Vejamos, a seguir, alguns exemplos colhidos de políticas específicas do Ministério da Saúde no Brasil (Quadro 2).

Quadro 2 – Políticas setoriais: objetivos e valores

Política específica	Objetivos	Valor maior
Saúde do trabalhador	A política nacional de saúde do trabalhador é um conjunto de ações que visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde.	Promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.
Saúde da população negra	A política nacional de saúde da população negra consiste em ações voltadas para a inclusão social e a redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta essa população.	Garantia da equidade racial e étnica.

Fonte: Elaboração com base nas diretrizes setoriais de cada política.

Essas definições de política de saúde estão em sintonia com uma situação ideal projetada para cada setor da população abordado e oferecem um marco ideal expresso em seus valores finais como guias de condução das atividades governamentais.

Mas essa ênfase nos ideais pode representar um problema. A principal limitação em se ater somente aos objetivos da política reside em sua incapacidade de fornecer um instrumental para análise das realidades concretas das políticas de saúde. Assim, quando não estão cumprindo com as finalidades enunciadas, tais como reduzir as desigualdades, melhorar as condições de vida, outorgar bem-estar à sociedade, significaria que não existe política de saúde em um dado país?

Ao negar a existência de políticas concretas porque não estão atendendo às finalidades que consideramos ser aquelas da política de saúde, estaríamos perdendo a possibilidade de compreender a realidade e, por conseguinte, interferir em seu curso.

Portanto, o conhecimento das realidades setoriais concretas, e não apenas o projeto de uma situação ideal, é um aspecto essencial para compreender como as políticas de saúde interagem com a realidade, que efeitos causam e como essas realidades afetam a elaboração da política.

A construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas

Apenas definir objetivos não é suficiente para construir políticas efetivas, é necessário também compreender os problemas setoriais e desenvolver ferramentas concretas de ação. Enfatizando esse aspecto, surge uma outra forma, também tradicional, de definir as políticas de saúde que a tomam como uma estratégia concreta, organizada e especificamente orientada por meio de recortes das ações e programas que se situam em diferentes setores, reconhecidos como de saúde. Nesse caso, definem-se as políticas de saúde como as decisões, estratégias, instrumentos e ações (programas e projetos) que se orientam para o cumprimento de determinadas metas delimitadas para cada campo de atuação das políticas citadas como, por exemplo, política nacional de saúde no campo, da mulher, da população negra, de saúde no trabalho etc.

Quando enfatizamos esse aspecto mais instrumental da política de saúde, podemos visualizar concretamente a estratégia de política adotada, os seus princípios e núcleos temáticos, as ações que serão realizadas, os resultados almejados, os responsáveis pela sua execução, o volume de recursos disponíveis, a origem deles, os indicadores que serão utilizados para avaliar sua execução e outros aspectos de natureza mais prática. Vejamos um exemplo da política de saúde no Brasil.

A análise do Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids 2004-2007, que sintetiza a política nacional apresentada pelo Ministério da Saúde relativa à Aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis, permite visualizar como a política de saúde se apresenta sob esta forma (Quadro 3).

Nesse plano estratégico podem-se visualizar três elementos fundamentais na construção concreta de uma política: o diagnóstico da realidade (qual é a situação atual), os objetivos pretendidos (que situação futura almejamos) e a estratégia a ser adotada (como iremos atingir o que pretendemos). Note-se que deve haver uma coerência entre as três partes do plano, pois não é possível almejar uma situação perfeita em relação ao que temos, dadas as restrições de curto prazo, nem adotar uma estratégia que não seja compatível com o que se pretende.

Por exemplo, quando se observa por meio de informações colhidas que a Aids está avançando para as regiões do interior, torna-se um objetivo coerente da política aproximar a ação do governo federal com a dos estados e municípios, mediante uma estratégia de descentralização da gestão do Programa Nacional de DST e Aids.

Quadro 3 – Síntese do Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids. Brasil – 2004-2007

Diagnóstico, objetivos e estratégias da política de DST e Aids
Diagnóstico de tendências da epidemia de HIV/Aids
Queda da epidemia na região Sudeste
Crescimento de casos em razão da transmissão heterossexual
Aumento de incidência em mulheres
Pauperização (incidência maior na população pobre)
Interiorização (maior incidência em municípios do interior)
Diminuição dos casos de transmissão vertical (transmissão de mãe aos filhos)
Redução dos casos por transfusão de sangue e hemoderivados
Diminuição progressiva dos casos de usuários de drogas injetáveis (UDI)
Objetivos da política de DST e Aids
Expandir a qualidade e o acesso às ações de atenção e prevenção
Reduzir a discriminação e o preconceito e fortalecer os direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/Aids e outras DST
Aumentar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e incorporação de tecnologias estratégicas
Descentralizar o financiamento e a gestão aos estados e municípios
Principais estratégias da política
Descentralizar a gestão do Programa Nacional de DST e Aids em consonância com seus princípios, diretrizes e atribuições em cada uma das esferas de governo
Fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico nos campos das DST/HIV/Aids
Produzir e disseminar informações oportunas e de qualidade, subsidiando decisões nos vários níveis da resposta nacional ao HIV/Aids, sífilis congênita e outras DST
Fomentar o fortalecimento das parcerias e das articulações intersetoriais, governamentais e não governamentais (movimentos sociais e setor privado), nacionais e internacionais
Ampliar do acesso ao diagnóstico laboratorial do HIV e outras DST
Promover a redução do estigma e da discriminação e respeito à diversidade sexual, étnica e cultural

Para conhecer mais sobre a política de DST e Aids, consulte o capítulo 31.

Como podemos ver, quando percebemos a política de saúde por sua dimensão estratégica ou instrumental, enfatizamos seu caráter de atividade legítima e organizada em torno de um programa de ações que busca o alcance de determinados objetivos estabelecidos como prioritários pela sociedade.

A ênfase está nos aspectos da estratégia institucional, operacional, gerencial, e mesmo financeira, o que permite estabelecer de forma mais realista os potenciais e as debilidades da política de saúde, tornando possível gerar elementos que ajudem a compreender o porquê de os resultados obtidos não serem os esperados, caso isso ocorra. Quando apenas enfatizamos as finalidades da política, conseguimos somente dizer se a política de saúde está cumprindo seu propósito ou não, mas não o porquê desse comportamento, nem o que fazer de concreto para mudar a situação.

A vantagem principal, neste caso, consiste em delimitar o campo social a partir dos setores institucionalizados das políticas públicas, ou seja, elaboramos uma política não apenas

olhando o que queremos e o que definimos como ideal, mas, fundamentalmente, procurando compreender tanto o comportamento da realidade sobre a qual queremos agir, quanto de que forma agiremos sobre ela.

No entanto, quando pensamos nos objetivos almejados para desenhar uma política, ou nas realidades setoriais e nas estratégias e nos instrumentos para modificá-las, precisamos lembrar que as políticas podem afetar e ser afetadas por outras áreas e por outras relações, como as relações econômicas, políticas ou culturais.

Ainda que nos ajudem a recortar uma realidade concreta, por meio de uma definição de seus limites, pensar a dinâmica de uma política por seus objetivos e realidades tende a ser arbitrário e desconhece a complexidade dos problemas sociais. Cada vez mais, busca-se superar as limitações arbitrárias entre as políticas econômicas e sociais, ao introduzir, por exemplo, a noção de investimento em saúde como investimento produtivo, e não somente gasto social, e reconhecer a capacidade econômica destes na produção de empregos e consumo de bens industriais.

Portanto, podemos entender que as políticas de saúde, suas estratégias, instrumentos e planos produzem uma ação que não se limita ao campo da saúde, uma vez que, influindo em diversos outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), também podem, igualmente, cumprir vários outros papéis, ou funções, além de seu objetivo básico de resolver problemas de saúde.

O desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes

Quando estivermos elaborando uma política de saúde, devemos ter em mente que seus planos e ações podem produzir efeitos políticos e econômicos. É muito importante entender que efeitos são esses e que funções a política de saúde desempenha nesses campos. Algumas definições de política de saúde se baseiam na função que essa política cumpre em dada sociedade, como, por exemplo, a política de saúde consiste em um conjunto de orientações normativas às relações entre Estado e sociedade, dirigidas para garantir um padrão de solidariedade vigente entre os grupos e indivíduos em uma sociedade concreta.

Essas definições chamam a atenção para as consequências das políticas, que podem ser muito diferentes dos enunciados finais e metas setoriais assumidos. Elas nos permitem aprofundar a análise de seus efeitos na reprodução ou transformação da estrutura social. Isso pode envolver a ampliação de ganhos econômicos de setores empresariais, a manutenção de *status* de grupos sociais, a sustentação política dos grupos que estão no poder, dentre outros fatores.

Uma das maneiras de entender esse aspecto da dinâmica da política de saúde é perceber que a política de saúde, por movimentar uma quantidade enorme de recursos financeiros na construção e manutenção de unidades médicas, remuneração de profissionais, produção e distribuição de medicamentos e equipamentos etc., constitui um complexo de produção de bens e serviços que se apresenta como uma parte significativa do sistema da economia de um país.

A política de saúde tem também um forte vínculo com o âmbito econômico, pois contribui para a manutenção do nível econômico e a aceleração do ritmo das atividades produtivas, ao causar efeitos sobre outros setores como química e farmacêutica, equipamentos etc. Podemos perceber esse fato observando o percentual de gastos de alguns países

latino-americanos com saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) (total de riquezas de um país em um ano).

Os percentuais demonstram quanto da riqueza nacional o governo, as famílias e as empresas, em conjunto, direcionam para os gastos diretos com saúde, sem falar nos impactos sobre os outros setores produtivos. No caso ilustrado pela Tabela 1, embora o Brasil seja o quinto país em termos de volume de gasto em relação ao PIB (9,0%), apenas 45,7% desses gastos são realizados pelo sistema público de saúde, sendo os outros 54,3% gastos privados feitos diretamente ou por meio de planos e desembolsos individuais. Essa forma de distribuição do gasto, em que poucos recursos são destinados ao sistema público de saúde, limita sua ação na transformação de uma estrutura marcada por desigualdade social.

Tabela 1 – Gastos em saúde como percentual do PIB (total, público e privado) e *per capita*. Países selecionados – 2009

	Gasto total em saúde (% do PIB)	Gasto público (% total)	Gasto privado (% total)	Gasto *per capita* com saúde (PPP int. $)*
Cuba	11,8	93,1	6,9	503
Colômbia	6,4	84,2	15,8	569
Costa Rica	10,5	67,4	32,6	1.165
Argentina	9,5	66,4	33,6	1.387
Bolívia	4,8	63,3	36,7	213
Suriname	7,6	49,0	51,0	548
Uruguai	7,4	63,1	36,9	979
Panamá	8,3	71,6	28,4	1.081
Honduras	6,0	56,8	43,2	230
República Dominicana	5,9	41,4	58,6	495
Guiana	8,1	89,7	10,3	258
El Salvador	6,4	60,4	39,6	427
Brasil	9,0	45,7	54,3	943

* *Purchasing power parity international dollar.*

Fonte: WHO, 2011.

A relação entre políticas de saúde, como as demais políticas sociais, e economia é, na maioria das vezes, uma relação tensa, pois os governos costumam ver as políticas sociais como áreas de gasto, e não de produção. Nos momentos de crise econômica e contenção de gastos governamentais, a área econômica do governo impõe limites aos gastos sociais para a preservação do equilíbrio financeiro.

No entanto, as áreas de políticas sociais deveriam ser também vistas como áreas produtivas, pois são geradoras de inúmeros empregos e têm acentuada capilaridade, já que as redes de saúde e educação estão espalhadas por todo o país. Assim, além de geradoras de emprego, as políticas de saúde contribuem para o desenvolvimento econômico, ao contribuir para a diminuição da mortalidade precoce e formar uma força de trabalho mais educada e em melhores condições sanitárias. Em uma economia globalizada, cada vez mais

Os capítulos 13 e 14 tratam sobre os gastos em saúde nos setores público e privado no Brasil.

o conhecimento e a qualidade de vida são vistos como imprescindíveis para o aumento da produtividade e, portanto, da competitividade no mercado internacional. Além disso, a área da saúde desenvolve tecnologias que fazem avançar o conhecimento e a capacidade competitiva de uma economia.

Da mesma forma, há efeitos relacionados à dinâmica política que não podem ser ignorados quando se trata de uma determinada política de saúde. A história do desenvolvimento das políticas sociais no Ocidente é um reflexo das lutas que se travaram na busca da ampliação dos direitos humanos. Formam parte das conquistas alcançadas pelos trabalhadores organizados, em especial nos países europeus, que, com suas lutas, obtiveram um conjunto de direitos sociais, nos séculos XIX e XX.

Entretanto, as políticas sociais, principalmente as de saúde, não apenas beneficiaram o lado do trabalho, pois também favoreceram o capital, ao transferir para o Estado os custos da reprodução da força de trabalho, com a progressiva socialização destes custos. Assim, a reprodução da força de trabalho deixou de ser assunto da esfera privada, na qual inicialmente se situava, e posteriormente, em vez de serem incorporados ao salário, tais custos passaram, cada vez mais, a ser parte de políticas públicas. Começaram, então, a ser custeados com tributos pagos por toda a sociedade, como é o caso das políticas de saúde em boa parte dos países. Se no início do processo de industrialização ter um trabalhador em boas condições de saúde dependia do salário que lhe era pago, agora isto depende da existência de políticas de saúde, para as quais todos, inclusive o próprio trabalhador, contribuem por meio de taxas específicas ou impostos gerais. Dessa forma, as políticas de saúde se tornaram um ponto de convergência entre os interesses dos trabalhadores e os dos empresários, representando o consenso virtuoso da social-democracia, por meio do qual não só se amenizaram os conflitos, mas também se permitiu um aumento da produtividade do trabalho.

No campo da política de saúde, os interesses empresariais são muito poderosos, pois muitas vezes são complexos de empresas multinacionais que dominam a tecnologia de produção de um medicamento ou insumo. Isso tem gerado muitas questões sobre o processo de atribuição de patentes sobre medicamentos vitais para a saúde da população. Muitos argumentam que as patentes são necessárias porque estas empresas investiram muito na pesquisa que gerou este conhecimento e devem ser recompensadas. Para outros, no entanto, os países em desenvolvimento não deveriam respeitar as patentes que inviabilizam o acesso de suas populações aos meios de cura.

Nos últimos anos, as políticas sociais vêm sendo cada vez mais determinadas também pelos interesses gerados pelos setores empresariais, em grande parte porque aquelas representam a possibilidade de consumo das mercadorias por eles produzidas, como medicamentos, equipamentos hospitalares, livros escolares, computadores, material de construção. Em contrapartida, foram geradas novas formas de empresariamento de práticas e serviços sociais que dependem do financiamento ou da regulação do poder público, como, por exemplo, empresas seguradoras, hospitais privados, escolas particulares etc.

Mais recentemente, o predomínio do capital financeiro também se manifestou no campo das políticas sociais, com a introdução dos seguros individuais para previdência e saúde. O resultado foi que a classe média e os setores mais abastados da população passaram a comprar seus planos de saúde e de aposentadoria, ao passo que a população mais pobre ficou dependente das políticas públicas.

Entretanto, quando pensamos a política de saúde pelo papel que ela exerce nas relações sociais, temos de pensar também nas contradições que ela contém. Por exemplo, ainda que, em muitos casos, seja correto pensar que a função da política de saúde consiste em legitimar os governos, esta definição não facilita a análise do contraditório processo de luta entre os diferentes grupos sociais que atravessa o campo das políticas sociais. Ou melhor, uma política que legitima o governo pode ser, ao mesmo tempo, capaz de aperfeiçoar o emprego de recursos humanos, reproduzir a força de trabalho e garantir certo padrão de solidariedade. Portanto, precisamos abordar um novo aspecto na dinâmica das políticas de saúde, que consiste em entender como as decisões são tomadas no interior dos sistemas de saúde, ou seja, como as relações de poder se estruturam na política de saúde.

Arenas, canais e rotinas do processo decisório da política de saúde

Quando pensamos que não há consensos sobre diversos problemas de política de saúde e que diversos grupos sociais têm percepções diferentes sobre eles, entendemos que não é fácil produzir uma política qualquer sem que antes se obtenha uma assimilação mínima dos múltiplos interesses envolvidos. Isso implica compreender as relações de poder que se estabelecem em torno da política de saúde e que afetam o processo decisório que define os planos, programas, estratégias e os processos de alocação de recursos. Como essas relações de poder se organizam no interior das políticas e sistemas de saúde? Esse é outro aspecto fundamental que precisamos ter em mente quando queremos saber como as políticas agem na prática.

Essa reflexão nos leva aos instrumentos, mecanismos, arenas e rotinas utilizados para organizar a ação política dirigida a determinados fins. Nesse momento, percebemos que a política de saúde é também um processo composto por uma sequência de tomada de decisões com relação a como enfrentar um problema identificado como prioritário na agenda pública:

> Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. *Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde* (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). (...) enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. (Paim & Teixeira, 2006: 74 – grifo nosso)

Ao chamar a atenção para a dimensão política e organizacional das políticas sociais, procuramos dar uma materialidade à política de saúde, para além dos aspectos valorativos, instrumentais e funcionais anteriormente abordados. Aqui, as políticas de saúde são vistas como processos decisórios envolvendo atores e interesses sociais, que ocorrem em ambientes institucionais e organizacionais por meio dos quais se definem prioridades e estratégias que relacionam os meios aos fins propostos. Quando produzimos uma determinada política de saúde, precisamos, então, compreender que sua elaboração abrange um ciclo composto por etapas de elaboração, implantação e execução, do qual participam diversos atores, compondo um círculo de relações de poder que moldam o formato geral da política. Essas relações se expressam em espaços específicos, chamados ‘arenas’, por meio de regras determinadas e processos previamente estabelecidos.

É fundamental conhecer cada um desses aspectos porque são decisivos em cada momento de construção e desenvolvimento de uma política. Faz muita diferença saber em que ponto se decide cada aspecto da política, quem, como, quais e quantas são as etapas de decisão, quais são os limites do poder dos gestores, onde entra a sociedade civil etc. Podemos tomar como exemplos a estrutura e o processo decisório básico da política de saúde no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que o processo decisório é caracterizado por uma ampla quantidade de arenas e instâncias de pactuação que visam a garantir o caráter democrático e participativo das decisões.

Para detalhes sobre o processo decisório em políticas públicas, leia o capítulo 2.

Uma vez que a política de saúde no interior do SUS é descentralizada e estruturada a partir da divisão e do compartilhamento de competências entre as três esferas da federação (União, estados e municípios), mas, ao mesmo tempo, é unificada nacionalmente, torna-se necessário articular não só os processos de elaboração das estratégias da política, como também os atores, inclusive a sociedade civil, em suas atividades de aplicação de recursos e implementação de planos e programas. A estrutura decisória da política de saúde no Brasil é fundamentada nos seguintes instrumentos, processos e arenas:

- mecanismos de participação e controle social – representados pelos conselhos de Saúde, existentes em cada uma das esferas governamentais, com representação paritária de 50% de representantes do Estado e 50% da sociedade civil. Os conselhos, para além de instrumentos de controle social, externos ao aparelho de Estado, devem ser entendidos como "componentes do aparelho estatal, onde funcionam como engrenagens institucionais com vigência e efeitos sobre os sistemas de filtros, capazes de operar alterações nos padrões de seletividade das demandas" (Carvalho, 1997: 99);
- mecanismos de formação da vontade política – as conferências de Saúde, realizadas periodicamente, em todos os níveis do sistema, que, em uma interação comunicativa, colocam todos os atores sociais em ação conjunta em uma esfera pública e comunicacional, periodicamente convocada. Além de mecanismos de aprendizagem e reconhecimento social, esta instância fortalece a sociedade organizada que participa do processo de construção dos lineamentos políticos mais amplos do sistema, embora sem caráter vinculativo. São os espaços de construção de diretrizes para a formulação da política de saúde que orientarão as políticas de saúde nos anos seguintes e delas participam gestores e atores organizados da sociedade civil. São interligadas nas três esferas, sendo que as municipais influenciam as estaduais e estas, a nacional;
- mecanismos de negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde – a suposição de interesses distintos e de câmaras institucionais de negociação dessas diferenças e de geração de pactos de gestão é uma das grandes inovações deste modelo federativo que assume a diferenciação como realidade e a igualdade como princípio político e meta institucional. As arenas principais de negociação são os consórcios de saúde (entre gestores municipais, onde houver), as comissões intergestores bipartite (uma em cada estado onde negociam municípios e o gestor estadual) e a comissão intergestora tripartite (participam o gestor nacional e representantes dos gestores estaduais e municipais). Nessas instâncias, a sociedade civil não tem capacidade decisória, apenas nos conselhos e conferências de Saúde.

Este modelo pode ser sintetizado como no Quadro 4.

Quadro 4 – Estrutura simplificada de suporte ao processo decisório da política de saúde no SUS

<table>
<tr><th colspan="4">Instâncias colegiadas de decisão do SUS</th></tr>
<tr><td>Gestores</td><td>Negociação e pactuação intergovernamental</td><td>Formação da vontade política</td><td>Participação e controle social (50% governo – 50% sociedade civil)</td></tr>
<tr><td>Esfera federal</td><td rowspan="3">Consórcios
Comissões bipartites
Comissão tripartite</td><td>Conferências Nacionais de Saúde</td><td>Conselho Nacional de Saúde</td></tr>
<tr><td>Esfera estadual</td><td>Conferências Estaduais de Saúde</td><td>Conselhos Estaduais de Saúde</td></tr>
<tr><td>Esfera municipal</td><td>Conferências Municipais de Saúde</td><td>Conselhos Municipais de Saúde</td></tr>
</table>

Fonte: Fleury, 2001.

Os mecanismos de funcionamento do SUS estão detalhados no capítulo 12, e a participação social no SUS, no capítulo 28.

Como podemos perceber, há arenas específicas para cada tipo de decisão, há atores que podem participar de algumas arenas, mas não de outras. Há canais de mediação de conflito e estabelecimento de consensos, e processos determinados que orientam a ação política dos atores na construção da política de saúde. Vale lembrar que, se o formato da estrutura decisória fosse outro, como o é em outros países, a forma de conduzir as decisões e o comportamento estratégico dos atores seriam diferentes.

Entretanto, o processo político que envolve a política de saúde não se prende aos limites do sistema de saúde e, portanto, não deve ficar restrito a uma visão da política como processo institucional – em geral identificado como governamental – no qual tem lugar a tomada de decisões racionais, baseadas em um forte conteúdo técnico. Desse modo, deixa-se de lado o processo político mais geral, que passa a ser visto como externo à instituição, ou, no máximo, considera-se que os grupos de pressão da sociedade geram insumos para a tomada de decisões institucionais.

A separação entre o contexto político e o contexto institucional é fictícia e gera grande dificuldade para a compreensão das reais articulações entre Estado e sociedade. Da mesma maneira, podemos questionar a visão do processo decisório e de implementação de políticas como, fundamentalmente, processos técnico-burocráticos. Precisamos levar em conta que a prática de construção cotidiana da política de saúde envolve muito mais do que os embates políticos que se expressam em suas arenas oficiais. Vamos aprofundar um pouco mais esse aspecto.

A assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais

Se olharmos para além dos limites das arenas institucionais, perceberemos que a política de saúde se depara constantemente com uma intensa e múltipla dinâmica de relações de poder, na qual diferentes atores sociais são constituídos, interpelam-se, enfrentam-se e assim redefinem suas identidades e estratégias, em processos constantes:

> Qualquer que seja a categoria de análise utilizada, deve ficar claro que a política de saúde consiste no resultado de diferentes projetos que, por sua vez, *emergem de diferentes atores sociais, grupos, classes ou frações de classe*. Cada projeto ou proposta de política de saúde não representa em nenhuma situação concreta algo terminado, mas sujeito à luta política, mesmo quando tem origem na classe dominante. É, de forma definitiva, o resultado de projetos em conflito e de forças que os representam em um dado momento. (Eibenschutz, 1992: 55-56 – grifo nosso)

A ênfase está nas relações que, historicamente, estabelecem-se entre os diferentes atores sociais na disputa pela redefinição das relações de poder, com consequência na distribuição dos recursos produzidos em uma sociedade. Por um lado, o Estado, representado pelos agentes e instituições governamentais, é tomado como um ator privilegiado, mas, por outro, também como uma arena em que se enfrentam os interesses constituídos e organizados.

Nesse caso, na construção da política de saúde, depara-se com algo que é maior do que propostas setoriais de ganho econômico ou político imediato, com algo que transcende particularidades por representar projetos de classe definidos e estruturados, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social. Aqui, ao elaborar uma política de saúde, deve-se ter em conta que seu formato interage com macroprocessos sociais, que irão delimitar o campo de expansão dessa política, normalmente reforçando-a ou restringindo-a. Contudo, ao definir uma política de saúde, estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade que desejamos construir.

Tomemos como exemplo o caso das políticas e sistemas de saúde fundamentados no direito universal de acesso aos cidadãos. Esse formato de política se insere em um projeto solidário de nação, para o qual o direito à saúde é um direito de cidadania. A efetividade da ação de uma política de saúde dessa natureza será maior ou menor dependendo do projeto social que prevalecer na relação geral de forças sociais. Assim, uma coalizão política nacional que favoreça a noção da saúde como um bem que deva ser oferecido pelo mercado e apropriado individualmente não oferece um ambiente fértil para a expansão da política universal. Coalizões desse tipo irão restringir os recursos governamentais para o financiamento dos gastos públicos em saúde e irão tentar reduzir os serviços oferecidos pelo Estado a um mínimo possível, bem como tentar restringir o acesso a esses serviços a uma determinada parcela da população.

Deve-se estar sempre atento ao fato de que o campo das políticas de saúde é atravessado pelas lutas e enfrentamentos de diferentes forças sociais, no processo de constituição, manutenção e contestação dos projetos de direção hegemônica de cada sociedade. Trata-se da busca de atribuição de significados, conteúdos, valores e orientações normativas que definem o âmbito do campo social, assim como as possibilidades e os limites das estratégias de diferentes atores. Concepções sobre a vida, o bem-estar, a saúde, a cidadania, a cultura, a educação e os bens públicos, em geral, são constantemente redefinidos e ganham novos significados a partir de sua articulação aos diferentes projetos de poder.

Esse processo de luta ideológica – que não exclui o conteúdo técnico envolvido nessas disputas – é também um processo de constituição de sujeitos sociais. Da mesma maneira que se afirma que não há cidadãos antes do exercício da cidadania, também não existem sujeitos prévios ao enfrentamento de seus projetos, o que quer dizer que os sujeitos sociais se constituem na relação que estabelecem nas disputas pelo poder.

Esses projetos antagônicos se enfrentam em diversas situações ideológicas. Por exemplo, no caso brasileiro, podemos observar que há um consenso nacional em relação à necessidade de existir um sistema de atenção à saúde. No entanto, se aprofundarmos o debate, aparecerão muitos pontos de conflito. Devemos dar prioridade à prevenção e promoção da saúde ou às práticas curativas? O sistema de saúde deve ser público, privado ou um misto de organizações públicas e privadas. Neste último caso, qual o papel do Estado e qual o papel das instituições privadas lucrativas? Ou ainda, se for um sistema público, ele deve ser centralizado ou descentralizado?

Obviamente, essas opções não são uma simples questão de escolha, como se o resultado fosse o mesmo em cada uma delas, mas representam pontos de conflito entre projetos diferentes de política de saúde que expressam interesses políticos e econômicos de vários grupos sociais. Esses projetos representam diferentes formas de concepção do direito à saúde e, consequentemente, preconizam diferentes formas de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Nos projetos que representam interesses econômicos de grupos que compõem o setor produtivo da saúde, como de equipamentos, tecnologia, seguros privados e clínicas especializadas, a função do Estado normalmente aparece, na maioria das vezes, somente na provisão de serviços de atenção básica e preventiva, e os serviços de média a alta complexidade (diagnóstico especializado, procedimentos cirúrgicos, tratamento especializado de base tecnológica etc.) ficariam a cargo do mercado, em que o acesso é regulado pelo poder de compra individual e a oferta pela flutuação de lucros. Nesse projeto, a socialização dos custos dos serviços de elevada complexidade tecnológica requer dispêndios elevados do Estado, sobrecarregando suas finanças.

Movimentos sociais que lutam pelo direito à saúde afirmam que esse é um valor social maior inerente à condição de cidadania e, portanto, um elemento fundamental na constituição de bases de desenvolvimento socioeconômico e coesão social.

Entretanto, esse processo de lutas, conflitos e contraposição de projetos se desenvolve tendo no Estado o espaço legítimo de exercício do poder político, e a política de saúde, como produto da constante confrontação desses diversos projetos, expressão do exercício que se materializa por meio de instituições e estratégias organizacionais. Portanto, as disputas entre projetos de política de saúde não ocorrem em um vazio, mas se desenvolvem a partir de padrões institucionalizados de relações que estabelecem previamente a posição dos atores e a distribuição de poder e orientam a ação dos grupos.

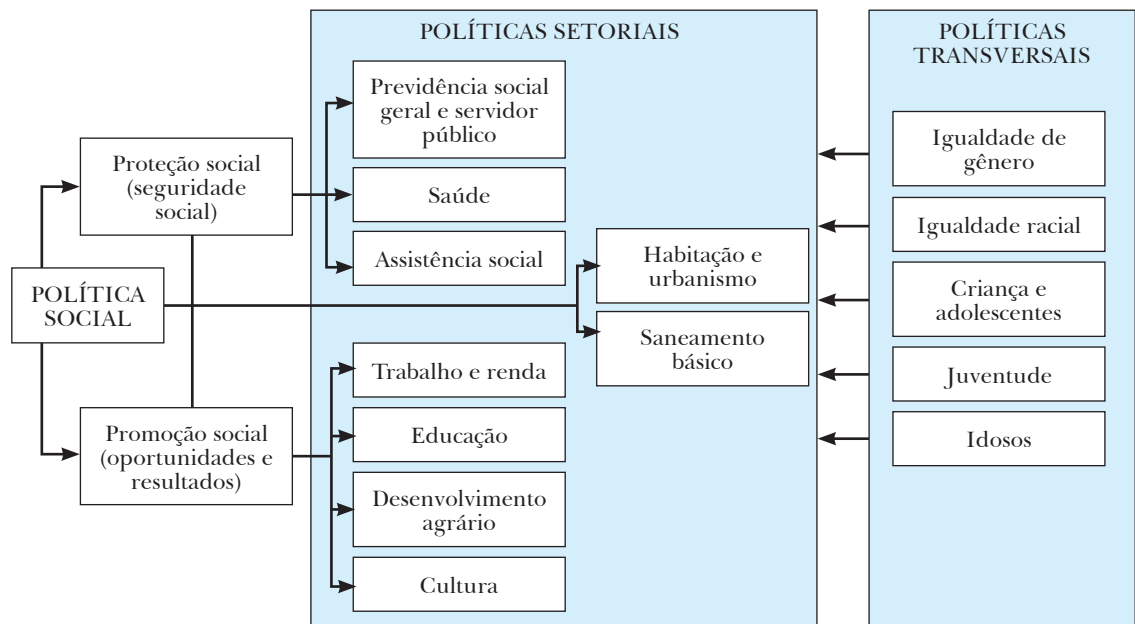
As ações e estratégias que emergem da dinâmica de contraposição dos projetos alternativos de política de saúde tanto podem reforçar quanto buscar a transformação desses padrões institucionalizados, de acordo com a coalizão de forças de cada momento. Assim, a política de saúde possui uma ação institucionalizante que transcende seu caráter de espaço de lutas e a coloca como motor de construção do tecido social. Isso quer dizer que é extremamente importante, na construção da política de saúde, compreender a dinâmica das instituições maiores que a sustentam, como as normas legais que regulam direitos (leis, decretos etc.), a estrutura organizacional geral do sistema de saúde, o formato da relação entre os entes da federação, dentre outras.

O desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais

Essas instituições maiores são chamadas de marcos institucionais ou reguladores da política de saúde porque tanto representam os sustentáculos para as ações e os programas quanto regulam ou delimitam a ação dos atores.

Esse processo é de extrema importância porque fixa os futuros referenciais para a organização da política de saúde, assim como para a ação dos atores e para a disposição da estrutura de provisão de bens e serviços. Por exemplo, a Lei Orgânica da Saúde, norma que dispõe sobre a organização do SUS, ao mesmo tempo em que habilita o ministro da Saúde a exercer poder sobre empresas, limita sua ação caso ele deseje restringir o acesso à saúde a alguns grupos populacionais, uma vez que o direito à saúde no Brasil é universal.

Assim, estratégias, planos e programas são construídos a partir do desenvolvimento, da reprodução e da transformação de marcos reguladores que representam sustentáculos compostos por referenciais valorativos, políticos, organizacionais, econômicos, entre outros. Esses referenciais, por sua vez, permeiam e sustentam a política de saúde e a interligam ativamente ao sistema de proteção social como um todo (Figura 1).

Figura 1 – Políticas setoriais e transversais que compõem a política social brasileira – 2010

Fonte: Ipea, 2010.

Na Figura 1, as políticas sociais brasileiras são classificadas em dois conjuntos articulados. O primeiro tem com objetivo proteger o cidadão contra riscos socioeconômicos que podem colocá-lo em condições vulneráveis e abrange as políticas de previdência, saúde e assistência social. Essas são as políticas clássicas de proteção social e estão inscritas na Constituição Federal de 1988 no capítulo da Seguridade Social. O seguro desemprego também é considerado uma política de proteção social.

O segundo conjunto compreende as políticas de promoção social, como as de trabalho e renda, educação, desenvolvimento agrário e cultura, entre outras, que são aquelas voltadas para a geração de oportunidades de desenvolvimento do cidadão ao longo de sua trajetória pessoal e profissional.

As políticas de proteção e promoção social são consideradas políticas setoriais por terem suas ações organizadas por áreas específicas. Além dessas, algumas políticas têm sido elaboradas tomando com referência necessidades e objetivos de grupos populacionais específicos, tais como os idosos, as crianças e a população negra. Por abrangerem diversos tipos de políticas, tanto de proteção quanto de promoção social, são chamadas de políticas transversais.

Mais recentemente, tem adquirido cada vez mais espaço e legitimidade a tendência de organização das políticas sociais tendo como eixo a dinâmica socioeconômica, política e cultural de uma dada população em seu território. Nessa nova perspectiva, a política social atua a partir de uma configuração em rede, superando tanto as classificações formais (tais como políticas de proteção e promoção) como também as delimitações político-administrativas (municipal, estadual e federal), o que pode ser verificado nos processos de regionalização.

Outra questão importante definida pelos marcos institucionais é o caráter público ou privado da política. No atual marco institucional brasileiro, a provisão de ações e serviços de saúde é organizada em bases públicas, e a iniciativa privada atua de forma complementar, fixa marcos institucionais (leis, processos decisórios, critérios de acesso, formas de distribuição e utilização de recursos, composição de atores etc.) muito diferentes de um sistema de base de mercado, implicando distintas distribuições de oportunidades e restrições. Em um sistema de mercado, como nos Estados Unidos, o acesso depende exclusivamente do poder de compra das pessoas, uma vez que a saúde não é considerada como um direito de cidadania.

Nessa linha, Belmartino (1992) nos apresenta a proposta de conceituação da política de saúde como um campo de forças no qual atores estabelecem processos políticos que tanto são circundados e direcionados por marcos institucionais quanto provocam o desenvolvimento de instituições e a sua transformação:

> Propomos analisar a política de saúde com uma estrutura de delimitação de atores. Essa abordagem supõe pensar as relações de poder que se estabelecem no interior do campo como produto da interação entre agentes dotados de interesses e capacidades específicas (médicos, funcionários, sindicalistas, profissionais de saúde, empresas). Cada um desses agentes atua em uma rede de alianças, conflitos, pressões, negociações e debates *que se desenvolvem em um marco legal e institucional tomado lógica e analiticamente como prévio à sua interação, e ao mesmo tempo como ordenador da mesma, mas não como algo imutável*. As leis que ordenam o campo de conflito são o resultado de lutas anteriores e podem ser modificadas a partir de uma transformação na atual relação de forças. (Belmartino, 1992: 146 – grifo nosso)

Os interesses dos grupos sociais devem ser incluídos na arena da política pública, na medida em que o Estado tem um papel fundamental na formulação das políticas e na garantia dos direitos, como no papel de provedor, regulador e financiador dos serviços. Nesse sentido, a arena central das disputas no campo das políticas sociais é o próprio governo, como o conjunto de órgãos e corpos profissionais envolvidos no campo social. Isso nos induz a pensar que realizar transformações na política de saúde exige fortes movimentos de ação e articulação política em diversas arenas e com vários atores, inclusive com aqueles não relacionados diretamente à política de saúde.

Certamente, a representação parlamentar é fundamental no processo de traduzir os interesses dos diferentes grupos da sociedade em leis e projetos que regulamentam a ação no campo social. Consequentemente, o poder judiciário passa a ser parte importante ao garantir o exercício dos direitos sociais. No entanto, o ponto de convergência dos interesses continua sendo o aparato governamental executivo, por meio do qual se formulam e implementam as políticas, se executam e se avaliam os programas.

É por intermédio do processo decisório de formulação e desenho das políticas sociais e dos mecanismos gerados para sua implementação, combinados aos recursos a elas destinados, que os interesses sociais se materializam em práticas concretas de regulação, provisão, financiamento, organização e avaliação, criando as condições reais de inclusão e exclusão.

Contudo, o próprio aparato estatal é a concretização, em cada etapa histórica, dessa correlação de forças que se apresenta no campo social. Em outros termos, as demandas sociais que se transformam nas políticas públicas são institucionalizadas e dão forma e organicidade ao aparato estatal à medida que se materializam em instituições, leis, práticas e procedimentos. Atuam, em cada momento, como mecanismos que possibilitam tanto a aprendizagem com relação aos processos quando a seletividade e hierarquização das demandas. Mais ainda, são fatores que não podem ser desconsiderados nos processos de reforma social, porque determinam as suas reais possibilidades e viabilidades. Uma proposta de reforma do setor saúde tem de levar em consideração não apenas nossos desejos, mas as reais condições materiais existentes, tais como a rede de serviços, os equipamentos, os recursos humanos, dentre outros fatores.

Portanto, a materialização das políticas de saúde por meio de instituições e organizações concretas é também um fator que deve ser levado em conta na análise da determinação das políticas de saúde. Sua tradução em estruturas organizacionais, culturas institucionais, capacidades humanas e técnicas instaladas, recursos financeiros disponíveis, dentre outros, é também responsável pela configuração do campo social e das políticas sociais.

Finalmente, é necessário entender que, para além dos processos políticos e institucionais da arena da saúde, há questões maiores que estão relacionadas intrinsecamente a qualquer política, seja ela social ou econômica, ambiental. Será que uma política de saúde interfere apenas em questões de saúde (organização, gestão, relações institucionais e políticas)? Ou há outros impactos sociais mais amplos não perceptíveis à primeira vista?

A implantação de uma determinada política de saúde envolve a difusão de informações sobre a natureza biológica das pessoas, de valores que vão guiar as relações sociais, de comportamentos e hábitos culturais, de referenciais de organização política, dentre outros elementos. Essas mensagens que estão implícitas ou explícitas nas políticas de saúde são referenciais que têm um forte poder sobre a ação das pessoas na construção de suas relações sociais na família, no emprego, nos espaços coletivos, além de influenciar a forma como as pessoas se percebem. Vejamos outras informações sobre esses aspectos para finalizar o capítulo.

A formação de referenciais éticos e valorativos da vida social

Os processos de construção e reconstrução institucional, na medida em que são motivados por concepções valorativas sobre a relação do indivíduo com a sociedade, imprimem à política de saúde um impulso de 'ressignificação' das relações sociais. Isso

porque as práticas de uma política de saúde, ao serem fundamentadas em concepções valorativas, somente se afirmam como tal legitimando seus valores junto aos indivíduos, impulsionando a redefinição de suas relações sociais e, consequentemente, dos padrões sociais e culturais vigentes.

Logo, quando estivermos construindo ou analisando uma determinada política de saúde, é essencial termos em mente que ela impulsiona um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, na medida em que ela tanto assimila, emprega e redefine significados sociais quanto gera novos conceitos e formas de percepção socioculturais que produzem impactos reais na estrutura social. Essa ação dinâmica e multidirecionada da política de saúde pode ser observada em diversos aspectos da vida social:

- na construção e difusão de valores cívicos – quando uma política de saúde desenvolve, como no caso do Brasil, referenciais de fortalecimento da esfera pública mediante a valorização de uma cidadania universal, da ampliação da consciência de direitos sociais, de relações sociais de solidariedade, da relevância da ação política etc.;

- na definição de referenciais culturais que afetam o padrão das relações sociais básicas – quando uma política de saúde muda a fronteira entre o normal e o patológico, como verificado em áreas como a psiquiatria; quando busca valorizar determinados padrões de expressão da sexualidade, influenciando as relações de gênero; quando afirma e valoriza determinadas diferenças étnicas em políticas setoriais, transformando relações inter-raciais, por exemplo. Este caso pode ser constatado na recente estratégia de políticas direcionadas à população negra no Brasil, nas quais se afirma o imperativo de estratégias específicas porque há necessidades especiais. A ação da política de saúde nesse sentido difunde noções que transformam a maneira de percepção mútua inter-racial. Podem ser afetadas também outras relações sociais como as intrafamiliares, de comportamento no trabalho etc.;

- no estabelecimento da fronteira que delimita o espaço público e o privado – uma vez que o conceito de saúde é amplo e, como direito de cidadania, requer a ação do Estado em sua garantia, quais são os limites de intervenção do Estado para assegurar parâmetros mínimos de saúde em domínios particulares como família, empresas, grupos religiosos? A política de saúde interfere, aqui, na determinação de espaços jurídicos e políticos que confrontam ideais de liberdade;

- na produção e divulgação de informações científicas básicas sobre saúde – dado o caráter de legitimidade que as informações científicas assumem em nosso tempo, a divulgação oficial de informação sobre a natureza biológica – física e mental – do ser humano assume *status* de verdade incontestável e fixa noções sobre os potenciais e as limitações deste. Na vida cotidiana, isso pode interferir em relações de trabalho, em práticas médicas profissionais, em relacionamentos afetivos e familiares;

- na construção de ideais estéticos – quando uma política de saúde valoriza e incentiva determinados estilos de vida como saudáveis. Ao fixar um ideal a ser alcançado, produz impacto tanto sobre critérios de inclusão e exclusão relacional quanto sobre o processo de construção de padrões de consumo. Assim, tomamos conhecimento de casos de pessoas que têm problemas de se integrar por não apresentarem um padrão

estético valorizado, ao mesmo tempo que verificamos o montante de renda que se gasta com o consumo de medicamentos, cosméticos e procedimentos cirúrgicos em busca do corpo 'ideal';

- na fixação de critérios valorativos de distribuição de recursos financeiros coletivos – os gastos com saúde – públicos ou individuais – estão em função dos parâmetros da importância dessa para uma dada sociedade, tanto o volume do gasto como sua composição. Assim, valores sociais são empregados e reforçados sempre que houver necessidade de se optar por investir em uma política setorial em detrimento de outra. Como exemplo, podemos olhar os dilemas da política de DST/Aids no Brasil, em que, devido ao elevado custo dos medicamentos retrovirais, alguns setores da sociedade questionam sua continuidade, afirmando que não é justo socializar os custos de um problema social que decorre de comportamentos individuais de risco, e que se os recursos fossem empregados em outras políticas setoriais, poderiam salvar uma quantidade maior de vidas. Obviamente, uma decisão de prioridades na política de saúde não se fundamenta somente em critérios de custo/efetividade, sendo muito mais ampla e complexa;
- na valorização de ideais de organização social e política – as formas de organização do processo decisório da política de saúde, bem como seus critérios de acesso aos bens e serviços correspondentes, fundamentados em uma dada concepção de cidadania, são difusores de uma cultura que fomenta ideais de organização política de um país. Isso porque o formato da política de saúde indica, no primeiro aspecto, uma relação entre Estado e sociedade e, no segundo, uma relação do indivíduo com a comunidade política em que está inserido. Este processo pode ser percebido de forma mais clara quando analisamos as bases da política de saúde no SUS.

A afirmação do acesso universal à saúde e da gestão descentralizada nos três níveis de governo, permeada pela participação deliberativa da sociedade civil em conferências e conselhos de Saúde, não traduz apenas uma busca por um sistema eficiente e efetivo, mas fundamentalmente a construção de uma sociedade em que a igualdade e a solidariedade são valores fundamentais. Essa questão está muito evidente quando olhamos para os valores e propostas políticas que orientaram o movimento sanitário, principal ator político no processo de formação do SUS:

> O projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. Ao traduzir a noção de equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva. (Fleury, 1997: 33)

Essa percepção do poder ideológico das políticas governamentais nos remete a duas questões que estão no centro das discussões sobre as relações entre o Estado e a sociedade. A primeira é composta pelo debate da natureza ética da ação estatal e dos gestores públicos. Acima dos objetivos da política e dos projetos de sociedade, estão os referenciais éticos que necessariamente devem orientar as decisões, as relações com os atores sociais, o processo político, a distribuição e a alocação de investimentos, a definição de prioridades, e todas as

demais ações que envolvem a presença do Estado. A segunda questão consiste na ideia de que as políticas públicas, vistas como ação coletiva movida pelo interesse público, devem ser portadoras de um ideal e um projeto civilizatório, no sentido de que elas não são motivadas apenas pela necessidade de resolver problemas sociais, mas fundamentalmente pela vontade de construir uma nação. Obviamente, as duas questões estão relacionadas, pois um projeto civilizatório não pode prescindir do zelo pela ética.

Conclusão

Ao final deste capítulo, queremos enfatizar que a compreensão das políticas e dos sistemas de proteção social, em especial na área da saúde, abrange, como vimos, tanto o debate teórico fortemente sustentado em categorias das ciências sociais (sociologia, ciência política, economia, história etc.) como a ação concreta de atores, grupos sociais e organizações na construção de relações, processos e instituições. O mais importante é que essas duas atividades estejam fortemente inter-relacionadas, ou seja, somente é possível buscar a consolidação de um *status* de cidadania e de garantia de direitos sociais em um país na medida em que se conhece com profundidade o processo histórico de sua formação. Isso possibilita tanto saber o que se pretende fazer quanto como fazê-lo. Isso porque os sistemas de proteção social são dinâmicos e interagem com as transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, demográficas, dentre outras, exigindo constantes processos de mobilização e reestruturação para consolidar seu papel na reprodução social e na garantia do bem-estar das populações.

Para refletir

Escolha uma política setorial de saúde (saúde do trabalhador, da mulher, da população negra, DST/Aids etc.) e discuta suas características a partir de cada um dos sete aspectos da dinâmica de gestão apresentados na segunda parte do texto. Assim, descubra os objetivos da política escolhida, as estratégias, os planos e os instrumentos empregados em sua elaboração e implementação, que efeitos econômicos e políticos desempenham, quais são as arenas, os processos, os canais e as rotinas de decisão da política, e assim sucessivamente. Consulte o texto para aprofundar o entendimento de cada aspecto discutido da política de saúde.

Leituras recomendadas

BENDIX, R. *Estado Nacional y Ciudadanía*. Buenos Aires: Amorrortu, 1964.

FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

POLANYI, K. *A Grande Transformação*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

Sites de interesse

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): www.cebes.org.br

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea): www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=278

Fundação Anfip de Estudos da Seguridade Social: www.fundacaoanfip.org.br

Organização Iberoamericana de Seguridade Social (OISS): www.oiss.org

Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal): www.cepal.org/dds

Setor de Proteção Social da Organização Internacional do Trabalho (OIT): www.ilo.org/protection/about-us/lang--en/index.htm

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) – social and welfare issues: www.oecd.org/social

Referências

BELMARTINO, S. Políticas de salud: ¿formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar? *In*: FLEURY, S. (Org.) *Estado y Políticas Sociales en América Latina*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.

BENDIX R. *Estado Nacional y Ciudadanía*. Buenos Aires: Amorrortu, 1964.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 19 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Políticas de Saúde: metodologia de formulação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/Aids - 2004/2007*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.125/2005. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>. Acesso em: 18 jan. 2007.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. *In*: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

EIBENSCHUTZ, C. Estado y política sanitaria: aproximación teórico-metodológica. *In*: FLEURY, S. (Org.) *Estado y Políticas Sociales en América Latina*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.

FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. *In*: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, S. Dual, universal or plural? Health care models and issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. *In*: MOLINA, C. & DEL ARCO, J. (Eds.) *Health Services in Latin America and Asia*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, 2001.

FLEURY, S. Saúde e democracia no Brasil: valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde. XI CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7-10 de noviembre de 2006, Ciudad de Guatemala. *Anais*... Ciudad de Guatemala, 2006.

FLORA, P. & HEIDENHEIMER, A. J. (Eds.) *The Development of Welfare States in Europe and America*. New Brunswick, Londres: Transaction Books, 1981.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro*. Brasília: Ipea, 2010. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro, v. l)

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

MEDICI, A. *Financiamento Público e Privado em Saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa*. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Nota Técnica de Saúde, 3, jul. 2005.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 40 (n. esp.): 73-78, 2006.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Editorial Campus, 1979.

TOCQUEVILLE, A. *Democracy in America*. Nova York: Vintage Books, 1945.

WEBER, M. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: EdUnb, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Division of Health Promotion, Education and Communications*. Health Promotion Glossary. Genebra: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Table of Key Indicators for all the Member States*. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS. 2011>. Acesso em: 5 out. 2011.

2. Análise de Políticas de Saúde

Ana Luiza d'Ávila Viana
Tatiana Wargas de Faria Baptista

Nas últimas décadas do século XX, abriu-se um novo campo de estudos definido em sentido amplo como *public policies*, *policy studies* ou *policy science*, traduzido para nós apenas por análise de políticas públicas. Esse campo, voltado para analisar as relações entre governo, governantes e cidadãos, se aprimorou na década de 1970, quando se apresentava como principal preocupação a análise do modo de funcionamento da máquina estatal (o que o governo faz). Tratava-se de analisar as características das agências públicas "fazedoras da política", dos atores participantes desse processo, das inter-relações entre agências e atores, bem como das variáveis externas que influenciam esse processo (Viana, 1996).

Política
Significa tudo que se refere à cidade, ao cidadão (urbano, civil, público, sociável e social). Por muito tempo o estudo da política esteve ligado a tratados sobre o Estado, e atualmente é vista como ciência do Estado ou ciência política e passou a indicar a atividade ou conjunto de atividade que tem como termo de referência o Estado. Assim, a política é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições: uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, sendo inseparável tanto do conflito como da cooperação, em que serão mediados valores e opiniões diferentes, necessidades concorrentes e interesses opostos. Por essa razão, o conceito de política está estreitamente relacionado ao de poder.

Fonte: Bobbio, 1995.

Governo, em uma definição mais próxima do Estado moderno, diz respeito não apenas ao conjunto de pessoas que detêm o poder político e que determinam a orientação política de determinada sociedade, mas também ao complexo de órgãos que institucionalmente têm o exercício do poder. O governo constitui um aspecto do Estado.

Por **governantes** se entende o conjunto de pessoas que governam o Estado.

Fonte: Levi, 1995.

Qual a definição de política pública adotada nestes estudos?

Há uma enormidade de definições sobre políticas públicas, umas mais simples outras mais robustas, e podemos citar três para que se compreenda a complexidade que envolve hoje a disciplina: Thomas Dye, em 1972, definiu política pública de maneira sucinta, como aquilo que o governo escolhe fazer ou não fazer. Willians Jenkins (1978) produziu uma definição mais complexa e menos isolada à decisão governamental, como uma conjunção de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atores em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação. James Anderson (1984) introduziu novos problemas, ao dizer que a política pública é o curso de uma ação proposta por um ator ou grupo de atores para solução de um problema ou uma questão de interesse (dos atores), indicando que não somente problemas públicos ou sociais se tornam objeto de decisões governamentais.

No *Dicionário de Política*, organizado por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995), a política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influindo sobre as realidades econômica, social e ambiental; podem variar de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Com essa definição, os autores delimitam uma concepção de política pública que remete à orientação política do Estado e de interesse público. Ou seja, um Estado existe em função de um interesse maior, da própria sociedade, e será a expressão daquilo que cada sociedade almeja. Nesse sentido, falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e de poder. A política pública é o Estado em ação, o processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação.

Pacto

Ajuste, convenção, contrato. Em teoria política é um elemento empregado frequentemente e indica uma transação entre antagonistas políticos que conciliam interesses diversos, como também resulta do que foi debatido durante uma conferência ou reunião.

Fonte: Stoppino, 1995.

Poder

Pode ser definido como uma relação entre dois sujeitos na qual um impõe ao outro a própria vontade para obtenção de alguma vantagem. Há várias formas de poder sobre o homem, e o poder político é apenas uma delas. Aristóteles já distinguia o poder paterno, o poder despótico e o poder político. O fundamento do poder político, como definido por Locke, é o consenso. Segundo Stoppino (1995), quando definimos que o poder político se volta para os interesses dos governados e dos governantes e se funda sobre o consenso, não estamos definindo o caráter de qualquer governo, mas do bom governo.

Essa concepção de política pública, de certa forma partilhada nos estudos contemporâneos, pretende uma visão menos normativa e descritiva das políticas e propõe uma análise das relações de poder entre os grupos e como se expressam na orientação do Estado. A análise de uma política precisa considerar os processos e atores (portadores de poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade.

Nesta abordagem, conhecer o papel que o Estado exerce é fundamental. Os rumos tomados por uma política devem ser avaliados a partir da prática de negociação dos governos e suas escolhas, tanto materiais como morais. Ou seja, da capacidade das instituições de governo de escutar as demandas e incorporá-las e, especialmente, da habilidade das instituições no desenvolvimento de um projeto político de Estado. A depender da configuração política de um Estado, as instituições de governo serão mais ou menos sensíveis às demandas do seu eleitorado. Assim, são as características que regem o Estado que permitirão maior ou menor abertura e influência de indivíduos e grupos no processo decisório, determinando processos políticos mais ou menos democráticos.

Na definição de Walt (1994), **instituições de governo** são instituições públicas cujas decisões levam a leis que interferem na vida de toda a sociedade. São o parlamento, o executivo, a burocracia, os ministros e os departamentos de Estado.

Para Skocpol e Amenta (1986), os Estados devem ser analisados em sua arquitetura, para que se possa desvendar como suas lógica e estrutura afetam o processo decisório das políticas sociais tanto no âmbito político como administrativo. Por isso assume-se que a análise de uma política coloca em questão o próprio Estado, pois revela os princípios políticos e ideológicos que norteiam sua ação, a forma de relação estabelecida com os grupos demandantes, o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo instituídas e outras tantas variáveis que compõem essa complexa trama que é a construção de uma política.

Neste enfoque, a análise de políticas públicas tem como objetivos questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências. O objeto principal de análise são os processos de tomada de decisão no momento de construção de uma dada política ou de um grupo de políticas. Tal análise implica: descrição das regras institucionais e sua influência sobre o processo decisório; identificação dos participantes do debate político e das coalizões que se podem formar; avaliação dos possíveis efeitos das distintas coalizões sobre as decisões.

Para refletir

Vamos exercitar o raciocínio proposto a partir da análise da política pública de saúde no Brasil. Veja também os capítulos 10, 11 e 12 sobre a história desta política e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) para auxiliar nessa análise.

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu o SUS como uma política pública do Estado. Que modelo de política social foi definido? Qual a diferença entre este modelo e o que se havia desenhado no Estado brasileiro até então? Que regras passaram a definir este novo modelo e quem participou da construção destas regras?

Ressalte-se que a análise de uma política pública não está orientada tão somente para a solução de problemas concretos e imediatos (para a tomada de decisão), trata-se principalmente de olhar os mecanismos de construção da ação pública para contribuir na renovação de algumas questões clássicas da ciência política, tais como:

- Por que o Estado intervém?
- Por que determinados grupos detêm o poder (sobre determinadas políticas)?
- Quem está envolvido com o sistema político e quem toma as decisões? O quanto democrático é o sistema?
- Como a ação pública é decidida e implementada?
- Que regras dirigem as transformações e as mudanças das ações públicas?
- Que tipos de modificações são colocadas pelos atores envolvidos com a política?
- Como as decisões tomadas são disseminadas? Trata-se de um sistema democrático ou autoritário?
- O objeto da política visa a um sistema igualitário ou desigual? Qual projeto de Estado norteia as ações políticas?

Pela abrangência destas questões é possível depreender que o estudo de políticas públicas exigirá necessariamente enfoques multidisciplinares, pois envolve considerações de diferentes disciplinas, como direito, economia, sociologia, antropologia e história, para poder analisar diferentes aspectos e dimensões de uma determinada ação política (financeiro, jurídico-legal, relações entre sociedade e governantes e entre cidadãos). Nesse sentido, existem diferentes abordagens e caminhos metodológicos que buscam aprofundar as relações entre esses aspectos, dando peso maior ou menor a cada um deles. Em alguns casos, o peso da análise incide sobre o processo histórico e cultural de construção de um Estado e a participação societal; em outros casos, a ênfase recai nas condições estruturais e econômicas; há ainda estudos que procuram articular as diferentes dimensões sem realçar um ou outro aspecto, como veremos a seguir.

Como campo de estudo, a principal contribuição da análise de políticas públicas tem sido a de possibilitar maior transparência e reflexão acerca do padrão político e decisório adotado pelos Estados. A análise de políticas permite ainda a identificação dos condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política, servindo como insumo para novas formulações. Por fim, esta análise tem se mostrado um instrumento metodológico valioso na comparação com outras realidades, possibilitando o aprendizado mútuo e a troca de experiências. Por essas e outras razões, a análise de políticas tem sido amplamente divulgada em todo o mundo servindo como referencial metodológico para cientistas políticos e sociais.

O objetivo central deste capítulo é introduzir a discussão sobre a análise da política de saúde buscando elementos para o debate no que diz respeito ao papel do Estado na proteção social em saúde.

Discutiremos na primeira seção os principais referenciais teóricos utilizados para análise de políticas públicas. Na seção seguinte, examinaremos as principais contribuições da ideia de ciclo das políticas para análise de políticas. Na terceira seção, apresentaremos como se desenvolveu a análise da política de saúde no contexto internacional e no Brasil. Finalmente, nas conclusões, serão apontadas algumas tendências e lacunas dos estudos atuais e uma agenda de tópicos para investigações futuras na área da saúde.

Referenciais teóricos para a análise de políticas públicas

Destacam-se na literatura especializada dois eixos de análise (e suas variações) que inspiraram durante décadas as diversas leituras do processo político. Uma forma de análise da política que centra o processo decisório na sociedade (*society-centred*) e outra que centra a análise no papel exercido pelo Estado (*state-centred*).

Na abordagem societal, ou também conhecida como pluralista, o que se advoga é que o Estado é o produto da interação entre grupos livremente formados e constitui uma forma 'leve', permeável aos interesses e competições entre grupos que caracterizam as lógicas sociais. A escola pluralista vê o Estado como um espaço vazio onde grupos em disputa ou associados à burocracia governamental (corporativismo) imprimem direção às políticas. Ou seja, o acento da política está sobre o caráter societal do Estado, sobre a imersão das políticas públicas em uma complexidade das relações sociais. A escola americana é a que mais difundiu essa forma de pensamento, tendo como representantes pensadores como Downs, Buchanan e Tocqueville.

Existem variações teóricas resultantes da abordagem pluralista que surgem com o objetivo de superar as limitações desta visão; são elas: a visão elitista e corporativista.

Na visão elitista ressaltam-se o poder exercido por um pequeno número de organizados interesses societais (elites) e a habilidade dos mesmos para alcançar seus objetivos, considerando que existe uma desigualdade na atuação dos diferentes grupos no processo político.

Já na visão corporativista, apesar da ênfase na atuação dos grupos de pressão, o que é destacado é o fato de estes grupos estarem integrados ao Estado, o que é entendido como um mecanismo de controle de conflitos entre os grupos, que estariam subordinados aos interesses mais abrangentes e de longo prazo dos Estados nacionais.

Em uma perspectiva diferente da abordagem societal ou pluralista, tem-se a abordagem estatal ou estruturalista, na qual o Estado é visto como uma unidade que determina e conforma a estrutura de funcionamento social.

Dentro da visão estruturalista, destacamos a marxista, que indica a influência dos interesses econômicos na ação política, vendo o Estado como um importante meio para a manutenção do predomínio de uma classe social particular e, dessa forma, afirmando que o Estado tem um caráter de classe. As ações do Estado podem ser explicadas a partir da estrutura da sociedade capitalista, da ação direta e da articulação dos capitalistas, da diferente posição estrutural das diversas classes no capitalismo. Alguns marxistas consideram principalmente as estratégias dos atores e outros salientam a autonomia relativa do Estado diante dos interesses da classe capitalista. Como afirma Marques (1997), muito da teoria marxista sobre o Estado e a primazia da burguesia como principal ator político na definição das ações encontra respaldo direto na forma como se desenvolve a luta política. Porém, a crítica que pode ser feita é sobre a supremacia desse ator, que se transforma em sobredeterminação, isto é, os interesses da burguesia definiriam *a priori* o resultado das lutas concretas que acontecem na sociedade.

Na década de 1980, essas abordagens sofreram várias críticas, acusadas principalmente de não responderem satisfatoriamente à complexidade e dinâmica do processo político. Surgem, a partir de então, contribuições que pretendem mesclar esses modelos e criar novas formas de compreensão da realidade, como o neoinstitucionalismo.

O neoinstitucionalismo é uma corrente das ciências sociais que defende a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais. Ele salienta que entre Estado e sociedade existem as instituições, que moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado. Nesta visão, é possível considerar mais amplamente as relações Estado-sociedade, o papel das instituições e dos atores, e trabalhar com uma noção mais dinâmica do processo político. É considerada uma corrente não unitária e de médio alcance, para a qual convergem teóricos de origens disciplinares diversas, sem a pretensão de explicar todos os fenômenos sociais (Marques, 1997; Arretche, 2007). Para os neoinstitucionalistas, não é possível estabelecer posturas definitivas ou teorias gerais associadas a longos períodos históricos, mas apenas afirmações provisórias relativas a determinadas conjunturas político-econômicas, que são formuladas, testadas e alteradas a partir da análise de casos concretos (Lima, Machado & Gerassi, 2011). A abordagem neoinstitucionalista tem como representantes Olsen, March e Skocpol.

Mais recentemente merece destaque a análise multicausal da política proposta por Ferrera (1993), cientista social italiano. Esta abordagem enfatiza a importância de uma análise combinada de fatores para uma melhor compreensão das políticas públicas. O autor assinala que os processos de industrialização, urbanização e modernização (e, portanto, de mudanças demográficas significativas), de expansão do mercado capitalista e de democratização foram os elementos formadores do contexto no qual emergiram os modernos sistemas de proteção social; porém, não podem ser vistos como causa única na explicação desse fenômeno. A abordagem multicausal de Ferrera faz uma crítica às abordagens mais descritivas e funcionalistas das políticas e visa a análises sobre o desenvolvimento das políticas menos dependentes de variáveis externas às próprias políticas. Seus estudos ressaltam os elementos que interferem no processo político, o grau, tipo e peso da participação dos diferentes atores na formação de políticas, bem como as estratégias de interação em cada um dos momentos da ação estatal.

Cada uma dessas escolas de referência pode nos explicar os rumos de uma política segundo os interesses individuais e de disputa entre grupos de interesse (pluralismo) ou das razões estruturais da sociedade capitalista (estruturalismo). Entretanto, na análise da política de saúde, vista como parte dos grandes sistemas de proteção social, foi mais comum o uso não exclusivo de um único referencial.

Análise de políticas públicas: o ciclo da política

A análise de políticas públicas desenvolveu um método, que se tornou bastante popular, com base na desagregação do processo de uma política em fases ou estágios, e se referindo ao conjunto das fases como o ciclo de uma política. Esse método sofreu ao longo do tempo inúmeros tratamentos e foi originado dos trabalhos pioneiros de Harold Lasswell (1951), dividindo o processo da política pública em sete estágios que compreendiam desde a promoção de determinada ideia, de como solucionar um problema, até a própria solução do problema, porém circunscrita ao âmbito governamental.

Em 1974, Gary Brewer alertava para o fato de que as políticas não possuíam um ciclo definido ou linear, ocorrendo modificações em seu curso, e propôs a ideia de um ciclo contínuo com uma nova fase prévia ao debate governamental, que denominou de fase de

reconhecimento do problema. Assim, decompôs o processo decisório em seis etapas – invenção, estimativa, seleção, implementação, avaliação e término – e incrementou o modelo de análise proposto por Lasswell, sem romper com a lógica de análise que se estabelecia.

Assim como Brewer, muitos outros analistas da política partiram das etapas propostas por Lasswell para desenvolver seus estudos, trazendo contribuições e sugerindo modificações no modelo, que foi principalmente aprimorado nos anos 70, quando se apresentava como principal preocupação a análise do modo de funcionamento da máquina estatal (o que o governo faz). O ponto de partida para este aprimoramento foi a identificação das características das agências públicas "fazedoras da política"; dos atores participantes desse processo de "fazer" políticas; das inter-relações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciam esse processo (Viana, 1997).

Nos anos 90, Howlett e Ramesh (1995) condensaram as fases do processo da política pública em cinco etapas (o que denominaram *Improved model*): 1) montagem da agenda, que corresponde à fase de reconhecimento do problema; 2) formulação da política, quando há a definição de propostas de solução; 3) tomada de decisão, quando ocorre a escolha de uma solução; 4) implementação, o momento de pôr uma solução em andamento; 5) avaliação, quando é possível o monitoramento de resultados (Quadro 1). Na lógica do modelo, cada uma das fases envolve processos distintos, redes próprias de atores, e sofre diversas influências do contexto político mais geral, em um processo dinâmico e constante de negociação. Esta é a ideia de ciclo da política que até os dias atuais é bastante divulgada e trabalhada nos estudos de política.

Quadro 1 – Cinco estágios do ciclo da política e sua relação com a aplicação do modelo de solução do problema

Fases da aplicação do modelo de solução do problema	Fases do ciclo da política
1. Reconhecimento do problema	1. Entrada na agenda
2. Propostas de soluções	2. Formulação da política
3. Escolha de solução	3. Tomada de decisão
4. Pôr uma solução em andamento	4. Implementação da política
5. Monitoramento dos resultados	5. Avaliação da política

Fonte: Howlett & Ramesh, 1995.

A seguir, apresentamos como as fases da política se transformam em processos de análise para o modelo de solução de problemas.

- Reconhecimento do problema – entrada na agenda

Na perspectiva do ciclo da política, o primeiro passo a considerar na análise do desenvolvimento de uma política é o de reconhecimento de um problema como de relevância pública. Parte-se do pressuposto que os problemas constituem o ponto de partida para a geração de uma política pública; não existem como unidades isoladas, mas resultam de alguns fatores, como demandas políticas e sociais, necessidades identificadas, juízos de valor sobre certa realidade e compromissos políticos assumidos.

Nesta visão, um problema torna-se prioritário em algumas circunstâncias: quando mobiliza a ação política de grupos de interesse dotados de fortes recursos de poder; quando constitui uma ação de crise, calamidade ou catástrofe; ou quando representa uma situação de oportunidade, o que Kingdon (1984) denominou "janela de oportunidade".

Grupos de interesse

São os grupos que, mediante formas múltiplas e variadas, procuram fazer valer seus interesses junto ao poder político. Inversamente, o poder político estabelece relações com esses grupos para, eventualmente, interditá-los, controlá-los ou associá-los à sua ação. Assim, o grupo de interesse se distingue dos outros grupos pela sua interação – sob qualquer forma – com as instituições do Estado e com os partidos engajados na luta pela conquista e o exercício do poder.

Fonte: Mény, 1996.

A ideia de uma situação de oportunidade é bastante interessante quando se busca compreender as razões para o desenvolvimento de uma política. Para Kingdon (1984), um tema surge como prioritário apenas em determinadas circunstâncias, após uma maturação do processo político e em uma situação específica, ou seja, os problemas podem existir e serem identificados como relevantes para o interesse público, mas não entram na agenda política do Estado.

Exemplos de problemas que se tornaram prioritários e alcançaram o *status* de uma política

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE – tsunami no ano de 2004 tornou-se problema prioritário do governo na Indonésia, exigindo a definição de uma política pública imediata para a reversão do quadro de calamidade social instalado.

SITUAÇÃO ADVINDA DA AÇÃO POLÍTICA DE GRUPOS DE INTERESSE – definição da lei tornando obrigatória a distribuição gratuita de medicamentos para a Aids, em 1996, deu-se mediante forte articulação do movimento social da Aids com os legisladores, a sociedade civil, o governo e outros.

SITUAÇÃO DE OPORTUNIDADE – desigualdade social no Brasil, referida especialmente à população negra, encontrou no âmbito do governo Lula (2003) uma situação de oportunidade para a definição de políticas públicas compensatórias, como a definição de cotas nas universidades públicas e a priorização de políticas para as comunidades de origem quilombola.

Kingdon (1984) introduz a noção de 'agenda' para designar o espaço de constituição da lista de assuntos e problemas que chamam a atenção do governo e da sociedade em um determinado tempo e espaço e diferencia três tipos de agenda a considerar no processo político:

1) a agenda sistêmica ou não governamental – corresponde à lista de assuntos e problemas do país, colocados na sociedade, que por algum motivo não despertaram a atenção do governo e dos formuladores de política naquele momento e que ficaram aguardando oportunidade e disputando espaço para entrar na agenda governamental;

2) a agenda institucional ou governamental – inclui os problemas que obtêm a atenção do governo, mas ainda não se apresentam na mesa de decisão;

3) a agenda decisória ou política – corresponde à lista de problemas que estão sendo considerados e que serão trabalhados nos processos decisórios.

> **Para refletir**
> Como e por que o SUS entra na agenda pública do Estado na década de 1980? Respondendo a que problema(s)?

Quando um problema torna-se prioritário, entra na agenda política ou decisória do Estado, o que corresponde ao primeiro momento do ciclo de uma política. Portanto, a delimitação de uma agenda política é a definição do conjunto de problemas que serão priorizados pelas autoridades governamentais, constituindo objeto de decisão política. Sob outro aspecto, a exclusão de assuntos da agenda governamental pode ocorrer em função de uma base de apoio insuficiente para manutenção do assunto na agenda; em função de políticas mal formuladas; devido a uma política governamental deliberada de enfraquecimento e extinção daquele problema; e também devido à alteração da natureza do problema.

- Propostas de solução – formulação da política

O passo seguinte à entrada do problema na agenda governamental é a formulação propriamente dita da política. O processo de formulação de uma política é o momento em que, dentro do governo, se formulam tipos de soluções para o problema – pode ser entendido como um diálogo entre intenções e ações. A formulação de uma política consiste na investigação do problema e na busca de opções e alternativas para sua resolução.

> **Para refletir**
> Quais eram as propostas em discussão para a saúde no contexto dos anos 80? Quais os grupos participantes do debate e o que cada grupo advogava?
> Qual foi a proposta de solução vencedora e o que foi considerado na formulação da política?

- Escolha de uma solução – tomada de decisão

A fase seguinte à formulação é a de tomada de decisão e abarca o processo de escolha, pelo governo, de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não-ação; é o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção.

Esta fase, junto com a anterior, expressa um importante momento do ciclo de uma política, pois é no decorrer destas fases que se definem os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação, bem como se explicitam as escolhas políticas de uma autoridade central (em qualquer nível em que esta autoridade esteja localizada). As escolhas políticas estão inseridas em uma cultura e em condições socioeconômicas que influenciam os 'fazedores' de políticas. Em contrapartida, as regras institucionais limitam o raio de ação de quem toma as decisões, e a decisão ocorre em instâncias hierárquicas governamentais, dentro de um Estado hierarquizado e que possui formas específicas de funcionamento.

Na análise dessas fases é importante questionar como as alternativas políticas foram formuladas e como determinada proposição foi escolhida entre outras alternativas.

Dificilmente todas as decisões relevantes são tomadas durante as fases de formulação e tomada de decisão, isso porque muitas definições envolvem conflitos, negociações e compromissos com interesses antagônicos; outras resoluções só podem ser tomadas quando todos os fatos estão à disposição dos implementadores (muitas vezes há falta de informação sobre os processos envolvidos); por fim, no processo de formulação e decisão ainda há conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas. Por essas e outras razões, muitas decisões são adiadas para a fase de implementação, o que também, para os analistas, traz prejuízos para o desenvolvimento de uma política.

- Pôr uma solução em andamento – a implementação da política

A fase de implementação da política é o momento de colocar uma determinada solução em prática; envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros. Contudo, não se deve concluir que a fase de implementação é uma fase administrativa da política, pois cada um desses sistemas e atividades envolve questões estratégicas, políticas, interesses e múltiplos atores. A fase de implementação tem sido considerada como o momento crucial no ciclo de uma política. Isto porque nesta fase novas formulações podem ser feitas, e decisões tomadas na fase anterior podem ser modificadas ou mesmo rejeitadas, alterando inclusive o argumento principal da própria política.

Para refletir

Pode-se dizer que o SUS iniciou a fase de implementação da política a partir de 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080), que regulamenta o sistema. Que desafios e dificuldades se apresentam para a implementação do SUS legal na realidade da assistência à saúde brasileira? Que fatores contribuem para o distanciamento entre o 'SUS legal' e o 'SUS real'?

A implementação pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática objetivos e estratégias que lhes são alheias, mas a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. De todos os fatores, este último apresenta-se como o mais crítico, porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e dos objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso.

Esse tem sido um aspecto crítico de discussão na literatura especializada de análise das políticas públicas. A fase de implementação tem merecido destaque na tentativa de melhor compreender por que os governos são mais eficientes para fazer a legislação do que para efetuar as mudanças desejadas.

Para Hogwood e Gunn (1984), o momento de implementação está diretamente relacionado à fase de formulação da política, na qual há uma tendência a constituir pactos políticos

abrangentes, sem uma especificação da política a ser implementada, ou dos pré-requisitos que a sustentam. Para os autores, se o resultado da negociação no momento de formulação de uma política é o desenho de uma política ruim, com um diagnóstico impreciso e inconsistente da realidade política e institucional, a chance de implementação dessa política é pequena. Portanto, se a política é 'boa', mas a perspectiva de execução é ruim, pela falta de capacidade técnica ou falta de recursos, também existirão problemas na implementação. Os autores consideram que uma política está sujeita a fatores externos diversos e que dificultam a sua implementação, por exemplo, o fator má sorte, o que não necessariamente está associado ao momento de formulação da política.

Para refletir

Em estudo sobre a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 e a inserção do capítulo da saúde no contexto da política de seguridade social, Baptista (1998) demonstrou que um dos dilemas da política de saúde foi a generalidade e abstração do texto constitucional no tocante à política de seguridade social, compondo uma política pouco resistente às mudanças que poderiam ser processadas no âmbito do Estado brasileiro pós-constituinte, fragilizando, por consequência, a política de saúde. Será esse um aspecto crítico ao desenvolvimento do SUS na atualidade?

O momento de implementação é de intensa negociação; nele se vê realmente onde se sustentam os pactos estabelecidos. Se o momento de formulação é uma ocasião de grandes consensos, em que tudo é possível, é no momento da implementação que se descobre a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses. Ou seja, estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não participantes do pacto inicial de formulação, como os atores responsáveis pela prestação direta de serviços e que são, na ocasião da implementação, os principais agentes de transformação da política; tem início um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada.

Por que isso ocorre?

Pelo menos três razões têm sido apontadas nos estudos sobre as políticas: 1) o baixo compromisso dos políticos com o momento de implementação, aceitando que lhes cabe o ônus da formulação, do qual prestam contas; 2) uma divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam uma política, sendo estes últimos capazes de identificar os pontos-chave da operacionalização (conhecimento técnico); 3) a própria complexidade do processo, que demanda um conhecimento sólido e prévio das múltiplas variáveis que influem no processo político e que, por mais controladas que sejam, apresentam também um comportamento independente, não linear.

Para refletir

No momento de formulação do SUS foram definidos claramente os recursos necessários à sua implementação? Tinha-se clareza da estratégia de implementação? Havia consenso entre os grupos envolvidos na formulação e na implementação?

Para a análise da implementação, os estudos de política apresentam as seguintes questões:

- A formulação da política tem objetivos, metas e direção claros?
- Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação?
- O processo de construção da estratégia de implementação é claro? Em especial quanto à divisão de atribuições e atividades? Exige mudança organizacional?
- Os atores envolvidos na implementação estão de acordo e compreendem a política traçada?

Merecem destaque nas análises de implementação os enfoques *top-down* e *bottom-up*, que assumem perspectivas diferentes.

O enfoque *top-down* entende a política como uma 'propriedade' dos formuladores situados no topo das organizações, como atores que têm o controle do processo de formulação; enfoca, assim, os acontecimentos empreendidos por uma única instância decisória, procurando responder a questões como: o grau de alcance da política; o equacionamento dos impactos e os objetivos; os principais fatores que afetam o impacto e a própria política e as reformulações obtidas ao longo do tempo. Aborda, portanto, o porquê de certas políticas serem bem-sucedidas (bem-implementadas) e outras não, partindo de uma definição de implementação como um processo em que ações de atores públicos ou privados são dirigidas ao cumprimento de objetivos definidos em decisões políticas anteriores.

Já o enfoque *bottom-up* constitui-se a partir de críticas ao enfoque *top-down*. Parte da análise das redes de decisões que se dão no nível concreto em que os atores se enfrentam quando da implementação, sem conferir um papel determinante às estruturas preexistentes. Parte da ideia de que existe sempre um controle imperfeito em todo o processo de elaboração de política, o que condiciona o momento da implementação. Esta é entendida como o resultado de um processo interativo por meio do qual uma política que se mantém em formulação durante um tempo considerável se relaciona com o seu contexto e com as organizações responsáveis por sua implementação. Este enfoque chama a atenção para o fato de que certas decisões que idealmente pertencem ao terreno da formulação só são efetivamente tomadas durante a implementação porque se supõe que determinadas opiniões conflitivas não podem ser resolvidas durante o momento da tomada de decisão.

As críticas aos modelos *top-down* e *bottom-up* levaram à constituição de uma nova geração de estudos que, a partir da realização de muitas pesquisas empíricas, pautadas nos modelos formulados anteriormente, revelam novos modelos capazes de combinar e sintetizar os anteriores, demandando enfoques multicausais.

- Monitoramento dos resultados – avaliação da política

Após a fase de implementação, sucede a fase de avaliação, última do ciclo da política. A avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões. Refere-se ao

processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, visando a subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso.

Os estudos de avaliação são de tipo específico e compreendem a pesquisa avaliativa e a avaliação propriamente dita.

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento após uma intervenção (*ex post*) usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Deve ser feita por pesquisadores exteriores à intervenção.

Por sua vez, a avaliação propriamente dita é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (avaliação da estrutura), os serviços e bens produzidos (avaliação de processo) e os resultados obtidos (avaliação de impacto), com critérios e normas. Tem como finalidade principal ajudar os gerentes a preencher suas funções habituais.

Existem estudos de avaliação que se realizam na fase de formulação e tomada de decisão para uma política. São as chamadas avaliações *ex ante*, que ocorrem antes da implementação e compreendem o cálculo do custo-benefício e do custo-efetividade, visando a subsidiar os formuladores de política de informações mais precisas das possibilidades e alcance dos recursos a serem empregados.

Custo-benefício
É uma relação monetária entre os custos e os benefícios de uma política. Se os benefícios excederem o custo, a política é aceitável (mais adequado aos projetos econômicos).

Custo-efetividade
Montante limitado de recursos aplicados de forma a permitir um maior número de unidades de resultados e benefícios, independentemente do valor da unidade de resultado. Não requer relação monetária e é mais utilizado em projetos sociais.

Já as avaliações de estrutura e de processo estudam a fase de implementação de determinada política, e a avaliação de impacto estuda o efeito dos resultados. São avaliações *ex post* – ocorrendo durante e depois da fase de implementação, possibilitando uma compreensão do desenvolvimento de uma estratégia política e a definição de novos rumos para a mesma.

Cohen e Franco (1994) assinalam que, para melhor visualizar os estudos de avaliação, deve-se partir de uma configuração que postule que toda política é composta de ações sobrevindas entre a situação atual e uma nova. A situação atual é retratada por diagnósticos que têm por finalidade descrever, explicar e projetar uma determinada realidade. O ciclo da política compreenderia então: ideia – diagnóstico – projeto – avaliação *ex ante* – correção – implementação – avaliação de processo – correção – conclusão do projeto – avaliação *ex post* ou de impacto – ideia, tal como expresso na Figura 1.

Figura 1 – O ciclo da política

Fonte: Cohen & Franco, 1994.

Em resumo, a principal contribuição desse modelo de análise (ciclo da política) é a visualização de que existem diferentes momentos na construção de uma política, possibilitando a definição de estudos que visem a aprofundar tais momentos contribuindo para análises mais específicas e maior conhecimento e intervenção sobre o processo político.

Mas o modelo também traz alguns riscos, como a inevitável fragmentação que a ideia de fases provoca. O estudo da política em fases faz crer que o ciclo de uma política é um ciclo de soluções de problemas de forma sistemática, mais ou menos linear e sequencial no tempo.

Em outra perspectiva, a aplicação deste modelo carrega consigo o perigo de se imaginar que a política se comporta de forma previsível, ou que existe uma política melhor a ser implementada, cabendo aos analistas decifrá-la. Para que não se corra este risco é preciso atentar para o uso que se fará deste recurso metodológico, buscando nortear a análise por referenciais teóricos e pela compreensão da política em sua especificidade e contexto (Baptista & Rezende, 2011).

Para refletir
Quais são as vantagens e as desvantagens desse tipo de análise para o entendimento da política pública de saúde no Brasil?

Análise da política de saúde: visão internacional

O desenvolvimento dos primeiros estudos dedicados à análise de políticas de saúde surge no âmbito dos estudos de análise das políticas públicas e está diretamente associado ao processo de construção dos sistemas de proteção social, especialmente depois da Segunda Guerra Mundial.

Estudos de análise de políticas
Ham e Hill (1993) classificam tais estudos em duas grandes categorias: descritivos, quando a análise tem como objetivo desenvolver conhecimentos sobre o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e avaliação); e prescritivos ou normativos, quando a análise é voltada para apoiar os fazedores de política, somando conhecimento ao processo de elaboração de políticas. Na literatura, encontramos também a denominação 'modelo incremental' para designar os estudos descritivos e 'modelo racional' em correspondência aos estudos prescritivos.

Em um primeiro momento, na década de 1950, os estudos buscaram retratar a trajetória de construção dos sistemas de proteção, com abordagens que misturavam descrição e prescrição de um novo padrão de sociedade, caracterizando as experiências dos diferentes países. A análise da política de saúde inseria-se nesse contexto.

A expansão dos sistemas de proteção social, durante as décadas de 1960 e 1970, propiciou o interesse por estudos acerca dos processos políticos com a delimitação de tipologias para os diferentes modelos de proteção social conformados pelos países, buscando aprofundar os elementos sobre sua lógica de organização. O foco principal dos estudos passou a ser a compreensão das variáveis presentes na conformação dos modelos. Importava mais conhecer os elementos constitutivos de um sistema de proteção e estabelecer as relações entre as características do Estado e/ou da sociedade com as opções políticas adotadas.

Os estudos de abordagem pluralista e marxista foram a principal contribuição do período, apontando para a correlação entre os processos de industrialização e modernização, luta de classes e expansão dos partidos políticos e a definição de políticas públicas mais abrangentes. Nos estudos de abordagem pluralista, o *Welfare State* foi interpretado como uma resposta aos desafios emergentes do processo de modernização (Wilensky & Lebeaux, 1965; Rimlinger, 1971), enquanto, nos estudos de abordagem marxista de ênfase estruturalista, a explicação incidia na compreensão da política social como um produto específico

do desenvolvimento capitalista, indispensável na acumulação do capital e como elemento para regular os conflitos de classe (Offe, 1984; Habermas, 1973; O'Connor; 1974; Korpi, 1978; Ginsburgh, 1979).

A construção de tipologias dos modelos de proteção possibilitou a elaboração de interpretações plausíveis sobre o desenvolvimento dos sistemas de proteção social em diferentes países, tendo como pano de fundo os respectivos contextos sociais, políticos e econômicos; em contrapartida, embasou a delimitação dos primeiros estudos comparados internacionais.

Se nesses anos a principal tônica dos estudos de análise da política pública refletia a intenção do entendimento do fenômeno (estudos sobre o conteúdo e formulação das políticas), a partir de meados dos anos 70 há uma mudança diante do contexto de crise econômica dos Estados, trazendo à tona a preocupação com a sustentabilidade política e econômica do modelo protetor. Ganham maior expressão os estudos relacionados aos resultados das políticas (análise da implementação), e os analistas procuram explicar como os gastos e serviços variam em diferentes áreas (Gough, 1979; Wilensky, 1975).

A crise dos sistemas de proteção induziu a um processo de discussão dos modelos adotados gerando propostas para a reforma dos sistemas. A agenda principal do debate passou a ser o ajuste fiscal, a globalização dos mercados e a política para contenção dos custos, com ênfase em estudos de abordagem econômica dos sistemas de proteção. Inicia-se também a análise da política de saúde atrelada à discussão da eficácia, eficiência e efetividade das políticas.

Além dos estudos de análise da política com o referencial teórico da sociologia (principalmente marxista nesse período), ganharam expressão, no debate da política de saúde nos anos 70, os trabalhos com referenciais teóricos advindos da economia. A economia da saúde surgia, no contexto dos países centrais, como uma área de especialização da economia, com a proposta de contribuir para a construção de uma lógica programada dos recursos e para uma maior racionalização dos sistemas de saúde.

O setor saúde começou a ser entendido dentro do modelo protetor como a área gastadora e ineficiente na gestão dos recursos. O fato é que, no correr da segunda metade do século XX, os sistemas de saúde tornaram-se cada vez mais complexos em um contexto de transformações nos perfis de saúde e doença, de mudança populacional e crescente incorporação tecnológica (transição epidemiológica, demográfica e revolução tecnológica).

Em três décadas este setor passou a ocupar papel de destaque na economia dos países, gerando emprego, demandando investimento, movimentando boa parcela de recursos dos Estados. No contexto da política de proteção, o setor saúde configurava-se como uma área crítica, seja pela sua vertiginosa expansão no período, seja pela perspectiva de manutenção desse mesmo padrão nos anos subsequentes, conferindo grande especificidade a essa área da política pública.

Na década de 1980 agudiza-se a situação de crise dos sistemas de proteção e surgem propostas mais específicas visando ao ajuste das políticas. Cresce, a partir de então, a tendência de estudos de análise da política referentes ao campo estrito da avaliação, buscando identificar o impacto das políticas sobre o contexto socioeconômico, o ambiente político e a população. Nos estudos de avaliação da política de saúde, buscaram-se o exame da reengenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas e seus resultados, assim como a ênfase na discussão sobre o uso ineficiente dos recursos (método econômico), iniquidade do acesso e qualidade dos serviços de saúde.

As propostas de reforma dos sistemas de saúde ganham difusão nos diversos países especialmente a partir da década de 1980, com a entrada do Banco Mundial no debate da saúde e a intensificação do papel das agências internacionais na orientação da política de saúde mundial.

As principais características das políticas sociais na América Latina, antes e depois das reformas neoliberais, podem ser encontradas no capítulo 26.

Em 1993, o Banco Mundial divulga o relatório *Investindo em Saúde* (World Bank, 1993), no qual apresenta propostas de políticas que mostravam a necessidade de ajustes econômicos e estruturais do setor saúde, com o financiamento da atenção pelo capital privado e a crítica contundente à universalidade do acesso à saúde. A estratégia adotada pelo banco foi a de ofertar ideias e difundir experiências exitosas a fim de mobilizar o debate sobre as perspectivas de reforma dos sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento (Mattos, 2000). Nesse sentido, o volume de estudos com o foco nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento é um indicador da centralidade do tema da reforma no período (Abel-Smith, 1992; Abel-Smith & Rawal, 1992; Bateman, 1993; Green, 1993) e de como os estudos prescritivos e de informação para elaboração de políticas assumem papel central na produção acadêmica.

O termo reforma está referido aos diferentes processos de reforma vividos pelos diversos países, em todo o mundo, a partir da década de 1980. Estas reformas foram pautadas pela perspectiva neoliberal, tendo como pressupostos a necessidade de implementar ajustes econômicos e fiscais nos Estados e criar condições macroeconômicas mais sustentáveis, diminuir o tamanho do setor público, restringir a atuação do Estado e torná-lo mais eficiente. Ver também o capítulo 25.

Contudo, enquanto os países desenvolvidos discutiam a crise do sistema de proteção e alternativas de reforma, com clara resistência às propostas de abertura e modificação estrutural de seus modelos, os demais países iniciavam seus processos de construção dos sistemas de proteção e de saúde. A difusão de propostas de reforma voltadas para o mercado e o diagnóstico de insustentabilidade econômica dos sistemas de bem-estar surgiam como um freio à construção de novos sistemas protetores nos países em desenvolvimento.

Para refletir

Quais são as implicações em propor reformas nos sistemas de proteção para os países que ainda não tinham um modelo protetor? De que maneira a reforma era pensada nos diferentes países? Para ampliar a discussão, ver o capítulo 25.

Na década de 1990, há nova inflexão dos estudos de análise da política indicando a necessidade de maior compreensão sobre as opções processadas e as diferenças de encaminhamento de reformas entre os países. Iniciam-se estudos que destacam o papel das instituições no processo de construção dos modelos de proteção, trazendo à tona uma abordagem teórica mais dinâmica do processo político, que considera amplamente as relações Estado-sociedade, ressaltando o papel das instituições e atores em uma noção mais dinâmica do processo político – neoinstitucionalistas. (Ver contribuições do neoinstitucionalismo para a análise da política de saúde.)

Contribuições do neoinstitucionalismo para a análise da política de saúde

Ellen M. Immergut (professora de ciência política no Instituto de Massachusetts) produziu, em 1992, um estudo que se tornou referência para quem se dedica à análise da política de saúde, porque foi pioneiro ao mostrar como as instituições políticas afetam as políticas de saúde.

O estudo faz uma comparação entre os processos políticos de aprovação do seguro social de saúde na França, na Suíça e na Suécia, onde foram apresentadas propostas tanto para o estabelecimento de seguro social de saúde como para o controle dos preços das consultas médicas. Mostra que,

mesmo partindo de propostas semelhantes, os sistemas de saúde instalados nesses três países seguiram direções distintas:

- na França, o governo aprovou um programa de seguro nacional de saúde público compulsório, que garante reembolso aos médicos e exerce controle sobre os preços das consultas;
- na Suíça, a proposta de seguro nacional de saúde foi rejeitada, e o papel do governo se limitou a subsídios de seguros privados;
- na Suécia, o governo criou o seguro social e o converteu em um serviço nacional de saúde, sendo o sistema mais socializado da Europa.

O estudo demonstra que a melhor explicação para os diferentes resultados se encontra na análise das instituições políticas de cada país. As distintas instituições políticas em cada um desses países estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, permitindo aprovar ou bloquear planos de ação. O conjunto das normas institucionais determinou lógicas distintas de tomada de decisão, que definiram os parâmetros da ação do governo e as possibilidades de influência dos grupos de interesse.

A principal contribuição desse estudo está em perceber a dinâmica dos processos políticos e institucionais. Ressalta-se a importância de analisar a política a partir tanto das instituições como dos interesses e atores.

A perspectiva neoinstitucionalista ganhou maior expressão nas análises a partir das décadas de 1980 e 1990, em virtude da diversidade de desafios e questões que emergiam da crise dos Estados de proteção social, quando se constitui, por exemplo, uma agenda global de reforma; porém, as soluções são nacionais ou locais. Por isso, os estudos visavam a compreender melhor os processos locais, isto é, específicos, de construção de uma política a partir das seguintes questões:

1) Como uma aspiração social se transformou em proposta política?
2) Qual foi o seu conteúdo e como este apareceu na agenda de decisões de um governo?
3) Como os diferentes atores, organizações e forças sociais se inter-relacionaram, formularam seus problemas e exigiram soluções?
4) Que variáveis externas influenciaram o processo?
5) Como se instrumentalizou a política?
6) Como se apresentou o processo de negociação com o Estado a respeito da mesma?
7) Quais foram os mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições que tomam decisões?
8) Como a política foi avaliada?

Walt produziu em 1994 um livro que resume bastante bem a **proposta metodológica do neoinstitucionalismo** aplicada à análise da política de saúde. A obra intitulada *Política de Saúde: processos e poderes* aborda como a política é formulada e implementada, quem influencia quem no processo decisório e como isso ocorre.

Assim, o que os estudos passam a enfocar é que nas sucessivas fases de construção de uma política, seja na apresentação das demandas, na formulação da proposta, na sua operacionalização ou na avaliação do feito, haverá um processo dinâmico e constante de negociação, com interferências diversas dos atores envolvidos. Entre a apresentação de um problema, a formulação de uma política e a sua implementação, há um processo a se constituir que, muitas vezes, não garante a efetividade/ aplicabilidade de uma política. Por isso, a análise pautada no ciclo da política precisa também considerar a dinamicidade do processo.

No final da década de 1990 e o início dos anos 2000, após praticamente duas décadas de crise e proposições de reforma, surgem estudos analisando os resultados obtidos a partir das mudanças introduzidas nos sistemas de proteção dos países. As análises empreendidas revelaram que os países desenvolvidos e com sistemas de proteção sólidos não implementaram as reformas na mesma proporção em que discutiam as propostas.

Ao contrário, nesses países, apesar de mudanças necessárias na organização e regulação dos sistemas de proteção e de saúde, os governos mantiveram um papel importante na provisão e gerência das políticas, e os gastos em saúde permaneceram crescentes, com uma parcela de investimento público constante. A seguir, apresentam-se os resultados de dois importantes estudos de análise da política de saúde.

Estudos de análise política das reformas dos sistemas de saúde (I)

No ano 2000, Richard Freeman (professor da disciplina de Política e Políticas Europeias na Universidade de Edimburgo) e Michael Moran (professor da disciplina de Estado na Universidade de Manchester) publicaram um estudo sobre as reformas de saúde na Europa, no qual abordaram algumas tendências em cinco países: Reino Unido, Suécia, França, Alemanha e Itália. Para a análise das reformas, os autores introduziram no debate um referencial teórico que visa a ressaltar a especificidade dos processos políticos e dos contextos socioeconômicos de cada país e destacam três grandes dimensões dos sistemas de saúde que precisam ser consideradas na análise das políticas:

- a dimensão da proteção social – relacionada à relevância das ações e dos serviços de saúde na construção da noção de cidadania no *Welfare State* moderno;
- a dimensão do poder – refere-se aos conflitos existentes entre os que usam os serviços de saúde, os que proveem, pagam por eles e os regulam. A arena das políticas de saúde é povoada por densas redes de instituições, cada qual representando complexas constelações de atores;
- a dimensão industrial – inclui a infraestrutura industrial associada à provisão de ações e serviços de saúde; de certa forma conecta as políticas nacionais com interesses internacionais, face ao peso da infraestrutura industrial e tecnológica envolvida no setor. Essa dimensão se expressa em frequentes tensões entre os imperativos fiscais de contenção de custos e as pressões industriais de indução de demanda.

Os resultados da análise mostram que as diversas estratégias de reforma conduzidas nesses países na década de 1990 em geral não desestabilizaram os sistemas de saúde europeus, uma vez que mesmo as medidas de contenção de custos estiveram mais voltadas para assegurar a viabilidade dos sistemas. Muitas medidas adotadas estiveram voltadas para o fortalecimento da capacidade de gestão, e mesmo os processos de descentralização foram, em grande medida, acompanhados pelo fortalecimento do poder regulatório central. Os autores apontam um aparente paradoxo: em um contexto de influências neoliberais na economia, observa-se o fortalecimento da intervenção do Estado no setor saúde, que cada vez mais exerce papel de regulador das relações entre pressões externas e demanda interna, confirmando a importância do Estado na sustentação dos mercados na área da saúde. Esse paradoxo só se explica pelo contexto político e socioeconômico de cada país.

Fonte: Freeman & Moran, 2000.

Para ampliar a discussão acerca das propostas de reforma dos sistemas de proteção social em saúde, ver o capítulo 25.

Há também, nesse período, uma retomada dos estudos que intencionam refletir sobre a proteção social, a cidadania e os direitos sociais, com o objetivo de embasar o debate da Reforma Sanitária, menos pela perspectiva econômica da crise e sustentabilidade dos sistemas e mais pela dimensão da economia política, dos interesses e correlações de força na definição das políticas públicas do Estado. O trabalho de Freeman e Moran (2000) ressalta essa discussão, especialmente ao propor uma análise da política de saúde a partir de

sua especificidade no contexto das demais políticas sociais, destacando a existência de três dimensões na configuração dos sistemas de saúde dos modelos protetores que atuam como forças resistentes aos processos de reforma: a dimensão econômico-industrial, a dimensão política e a dimensão de proteção social. Tais dimensões retratam a importância da saúde no contexto dos sistemas de proteção social capitalistas e compreendem importantes aspectos de sustentação dos modelos em face do processo de reforma dos sistemas de saúde que teve início na década de 1970.

Estudos de análise política das reformas dos sistemas de saúde (II)

Susan Giaimo (pesquisadora independente) analisa as reformas das políticas de saúde em três países, Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos, partindo dos pesos dos fatores históricos e políticos no processo de regulação da mercantilização dos sistemas de saúde.

Em cada um desses países, o sistema de saúde é representado por uma configuração institucional distinta que desenhou o poder e a jurisdição da profissão médica, dos pagadores e do Estado na condução do sistema de saúde numa direção específica. Deste modo, se a tese liberal fosse correta, as diferenças nas configurações das instituições domésticas e dos atores não seria objeto de interesse, pois os três países seguiriam um mesmo padrão nas reformas, o padrão do mercado. Nos três países, os formuladores de política buscaram a contenção de custos e a restrição da autonomia profissional dos médicos. No entanto, entre os três casos, somente nos EUA as forças de mercado foram as mais desenvolvidas e menos reguladas, ao mesmo tempo que a ação governamental foi a mais limitada. Os formuladores de política nos três países foram influenciados pelas teorias da competição administrada, que preconiza a competição de mercado para melhorar a eficiência dos sistemas. Como o mercado não é do tipo *laissez-faire*, a competição exigiu do governo um conjunto de regulação levando em conta a estrutura da seguridade social nacional, pois de outro modo as pressões competitivas acarretariam uma desistência, por parte dos provedores, dos velhos e dos pobres.

Desse modo, os três países disseminaram as forças de mercado nos seus sistemas de saúde, mas de maneiras diferentes, segundo o escopo da competição e o papel do Estado. Assim, enquanto nos EUA o governo não conseguiu colocar em prática a competição administrada, na Alemanha e na Inglaterra foi possível. Por quê? Pelo fato de existirem diferenças na capacidade e expectativa do Estado para governar o setor saúde. Nos casos da Alemanha e da Inglaterra, a cobertura universal garantia aos atores estatais e à expectativa pública que a equidade não seria sacrificada. Nos EUA, os atores estatais não tinham autoridade sobre os atores privados. O esforço estatal envolve a luta de poderes entre o Estado e os atores setoriais e entre os próprios atores setoriais. Conclusão: os melhores mercados são aqueles governados pelos governos.

Fonte: Giaimo, 2002.

Como vimos, existem diferentes momentos, tipos e referenciais teóricos nos estudos de análise da política. É impossível compreender a inflexão desses estudos de forma descontextualizada do processo político vivido pelos Estados. A análise da política de saúde e os tipos de estudo que se desenvolveram em cada momento retratam a disputa política e os interesses associados a ela. No Quadro 2, buscamos reunir os principais aspectos relacionados à análise de políticas públicas e de saúde nos últimos cinquenta anos, identificando o contexto, os tipos e modelos de estudos adotados, principais temas em questão e trabalhos realizados.

Quadro 2 – Principais estudos de análise da política pública e de saúde

Contexto	Modelos e métodos de estudo	Temas	Referenciais teóricos	Estudos comparados	Principais estudos
1950 – consolidação e expansão da política de proteção social em muitos países da Europa – o *Welfare State*	Métodos quantitativos Estudos comparativos Estudos de modelos e tipos	Política social e desenvolvimento social Construção histórica do *Welfare State* nos países	Pluralistas (funcionalista e de conflito) Institucionalistas	Modelos e tipos de proteção social/política social	Titmuss (1950, 1963) Marshall (1950) Wilenski e Lebeaux (1965) Briggs (1961)
Da metade dos anos 60 a meados dos anos 70 – mantém-se a tendência de expansão do modelo de proteção social welfariano	Estudos comparativos Estudos de modelos e tipos	Política social e desenvolvimento social Lógica de organização e tipologia dos modelos de proteção Compreensão das variáveis independentes (industrialização, modernização, luta de classes, partidos políticos) presentes na conformação dos modelos	Estruturalistas (marxistas e outros) Pluralistas Institucionalistas	Modelos e tipos de proteção social/política social	Titmuss (1968, 1970, 1974) Rimlinger (1971) Offe e Narr (1972) Habermas (1973) O'Connor (1974) Ginsburgh (1979)
De meados dos anos 70 a meados dos anos 80 – situação de crise econômica dos Estados e preocupação com a sustentabilidade política e econômica da política de proteção social	Estudos descritivos sobre a situação de crise dos modelos de proteção Estudo do ciclo da política (fases) – estudos do processo das políticas, resultado e avaliação de políticas Métodos quantitativos	Determinantes do gasto público e análise econômica dos sistemas de proteção e de saúde. Surgem temas como o ajuste fiscal, a globalização dos mercados e a política para contenção dos custos O principal foco é a crise dos sistemas de proteção Surgem análises mais específicas da política de saúde e a temática da avaliação em saúde	Estruturalistas (marxistas e outros) Pluralistas Economia da saúde	Tipologias do *Welfare State* nos países. Análise comparada dos sistemas de proteção e da política de saúde	Goygh (1979) Wilensky (1975) Mishra (1977) Rosanvallon (1981) Flora (1986) Esping-Andersen (1990)
De meados dos anos 80 a meados dos anos 90 – agudiza-se a situação de crise dos sistemas de proteção Surgem propostas de reforma mais específicas, com indicação para ajuste das políticas. O Banco Mundial exerce um papel de liderança no debate da saúde	Estudos mantêm a tendência de análise de resultados e de avaliação, somam-se estudos de modelo mais prescritivo (informação para elaboração de políticas) Métodos quantitativos Método econômico	A agenda de reforma para os sistemas de proteção Cresce o número de estudos, sobre avaliação em saúde, atrelados à discussão da eficácia, eficiência e efetividade das políticas Mais estudos com o foco nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento Estudos sobre processo decisório e implementação de políticas	Institucionalistas Economia da saúde	Análise comparada das reformas em curso nos sistemas de saúde	Enthoven (1985) Ashford (1986) Mooney (1986) Mcguire (1988) Abel-Smith (1992) Roemer (1993) Immergut (1992) World Bank (1993) Green (1993) Walt (1994)

Quadro 2 – Principais estudos de análise da política pública e de saúde (cont.)

Contexto	Modelos e métodos de estudo	Temas	Referenciais teóricos	Estudos comparados	Principais estudos
De meados dos anos 90 e anos 2000 – a situação de crise foi vivida de forma diferenciada pelos países Os países desenvolvidos não implementaram as reformas na mesma proporção que discutiam as propostas	Estudos do ciclo da política, com ênfase na avaliação de impacto e econômica Métodos quantitativos Método econômico	Retomada de temas como proteção social, cidadania, direitos sociais no debate sobre as perspectivas de reformas. Retomada de temas como desenvolvimento social e a inter-relação entre desenvolvimento econômico e social	Neomarxistas Neoinstitucio-nalistas Economia política	Análise comparada das reformas em curso e dos resultados obtidos nos diferentes sistemas de saúde.	Meny e Thoenig (1992) Rosanvallon (1995) Muller e Surel (1998) Ferrera (1993, 1998, 2001) Freeman e Moran (2000) Pierson (2001) Esping-Andersen *et al.* (2002) Giaimo (2002)

Estudos de análise da política de saúde no Brasil

Os estudos de análise da política pública no Brasil apresentam uma trajetória bastante recente, sendo esta uma área em consolidação e com escassa acumulação de conhecimento, como bem aponta Souza (2003). A formação desta área de conhecimento está diretamente associada ao movimento de críticas à trajetória de consolidação das políticas públicas, que se incrementa a partir da década de 1970.

As políticas públicas definidas pelo Estado brasileiro até essa época estavam voltadas prioritariamente para a parcela da população que apresentava vínculo trabalhista, com emprego formal. A partir da década de 1970, ocorreram algumas mudanças na condução da política de proteção social, desde a incorporação de outros grupos populacionais (rurais, autônomos e domésticas), como beneficiários da previdência social, até a definição de políticas específicas para o desenvolvimento de uma política social mais abrangente, tais como:

- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência ao projeto de universalização da saúde;
- a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu de modo inédito um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;

- a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Mas é apenas com a Constituição Federal de 1988 que se define legalmente uma política de proteção social de caráter universal e não excludente, possibilitando a expansão das políticas sociais em todo o território nacional.

Os estudos de análise da política de saúde também se inserem neste contexto. Foi somente a partir da década de 1970, mediante a crise de legitimidade do Estado autoritário, que os movimentos sociais encontraram espaço para divulgação de propostas políticas de cunho reformista, dentre elas a proposta de uma reforma sanitária. O modelo de proteção social adotado pelo Brasil, de caráter altamente excludente e desigual, foi duramente criticado por profissionais e pesquisadores ligados ao setor saúde, pois era na saúde que mais se explicitava a situação de injustiça social.

Os estudos aprofundavam a temática do direito à saúde e o papel do Estado na intervenção e definição de políticas sociais, merecendo destaque os trabalhos de Donnangelo (1974, 1976), Arouca (1975), Luz (1979) e Cordeiro (1981).

Os principais referenciais teóricos empregados nessas pesquisas foram extraídos da teoria política e sociológica e da abordagem marxista, com o foco nas relações Estado-sociedade, nas relações de poder e no papel das instituições de saúde (em especial das instituições médicas).

À imagem do que se passou no âmbito internacional, também aqui no Brasil foram feitos estudos que buscavam compreender o conteúdo das políticas e o processo de formulação das mesmas, procurando situar o modelo de proteção brasileiro em relação aos modelos europeus, construindo fases e estágios de desenvolvimento da política social, como no trabalho de Aureliano e Draibe (1989). A política de proteção social brasileira foi abordada em diferentes estudos com ênfase nas principais áreas de atuação do Estado, como a previdência social; entre os trabalhos destacam-se os de Cohn (1980), Oliveira (1981), Oliveira e Teixeira (1986) e Braga e Paula (1986), referências importantes para a análise da política de saúde.

No final da década de 1980 e início da década seguinte, com a consolidação jurídico-legal do SUS, há uma inflexão na abordagem dos estudos. O foco das pesquisas deixa de ser o Estado e o seu papel na configuração de políticas sociais e volta-se para a análise de estratégias que orientassem as práticas de planejamento e gestão setoriais. Surgem também os primeiros estudos de avaliação de serviços, visando a orientar a discussão sobre a organização do sistema, ou seja, definem-se estudos de análise da política voltados para a implementação e avaliação da política (Levcovitz *et al.*, 2002).

Essa mudança reflete o momento político-institucional da saúde: até meados da década de 1980 havia uma clara preocupação na realização de estudos que respaldassem a formulação de macropolíticas para a reforma. A partir da legalização do SUS, há um esforço concentrado de estudos que visavam a respaldar a implementação da reforma.

A partir de meados da década de 1990, a produção acadêmica na saúde coletiva cresceu enormemente e há uma nítida tendência na realização de estudos de análise da política de

saúde de foco locorregional, com ênfase especialmente no acompanhamento do processo de descentralização e análise do processo de implementação da política, com raros estudos de análise da política de âmbito nacional. Uma diversidade de temas passa a ser explorada, especialmente aqueles que retratam os interesses de grupos específicos. A consolidação de políticas específicas durante a década (Aids, saúde mental, saúde indígena, saúde da mulher, saúde bucal etc.) gerou um conjunto de estudos sobre a implementação das mesmas, retratando um momento de efervescência do setor e uma nova forma de análise da política com o foco nos interesses de alguns grupos específicos.

Ao mesmo tempo, o debate sobre a reforma dos sistemas de saúde no mundo começou a se intensificar no âmbito nacional, em paralelo à discussão da reforma do Estado, presente na agenda governamental desde 1995. Tais debates recolocaram na pauta acadêmica temas como: o Estado, a política de proteção social, a cidadania e os direitos sociais. Mas estes não foram temas prioritários na análise da política e muito menos nortearam os estudos realizados no período, como ocorreu nos anos 70, quando a discussão central para um conjunto expressivo de instituições e de pesquisadores era sobre o Estado e as políticas públicas.

A partir de 2000 a tendência de crescimento da produção do campo da saúde coletiva apenas se acentuou, assim como a realização de estudos que retratam a análise de experiências. Nos estudos de abordagem nacional, verifica-se ênfase na análise da gestão da política e menos enfoque sobre o processo de formulação e decisório da política.

Alguns temas entram para a agenda acadêmica nesses anos: o Programa Saúde da Família (PSF), a avaliação da qualidade, a formação de recursos humanos e as práticas profissionais. Há também uma nova inflexão do campo com a discussão sobre a reorientação do modelo assistencial. Os estudos de análise da política começam a ser cada vez mais associados aos estudos de avaliação, na perspectiva da avaliação de processo, resultados e impacto. Este movimento teve início nos anos 90, no âmbito das políticas públicas em geral, e ganhou maior expressão no debate do campo da saúde no final do período.

Mas também nos anos 2000, especialmente na segunda metade da década, ressurgem os estudos de análise da política com foco no sistema político, nas relações intergovernamentais, na organização federativa do Estado, retomando-se a abordagem macro, na busca de uma compreensão mais abrangente dos dilemas e desafios na construção da política de saúde no Brasil. Destaquem-se, neste contexto, os estudos relativos ao processo de judicialização da saúde, trazendo à tona os impasses na organização da política e na garantia do direito à saúde.

Por fim, também na segunda metade desta década, novos temas começam a ter paulatinamente centralidade na agenda de pesquisas: o da inovação tecnológica, do complexo produtivo da saúde, abarcando a indústria, os serviços e as instituições de pesquisa e desenvolvimento, e o da inserção da saúde no processo de desenvolvimento, ou melhor, a discussão sobre os elos entre saúde e desenvolvimento.

O retorno da discussão da questão do desenvolvimento *vis-à-vis* ao fracasso, em muitos casos, da política econômica neoliberal começou a ser explorado como tema frequente de investigação por algumas instituições acadêmicas e de pesquisa internacionais já no início dos anos 2000 e adentrou com força no Brasil, quando do lançamento de políticas econômicas e sociais voltadas para o crescimento econômico e a diminuição das desigualdades regionais e sociais.

No Quadro 3, retratamos os momentos, tipos de estudos e principais temas na análise da política de saúde nos últimos 35 anos no Brasil, numa síntese dos principais apontamentos aqui realizados. O que podemos perceber, *grosso modo*, é que, no caso da análise da política de saúde no Brasil, há um campo de estudo com recorte bastante específico e não necessariamente atrelado às discussões das políticas públicas como um todo ou no seu conjunto, o que abarca as políticas sociais, econômicas, tecnológica e ambiental.

Nos estudos da década de 1970, a saúde era entendida como uma política de Estado e houve um grande esforço para estabelecer os elos entre o modelo econômico e a política social e de saúde. Isso não se apresentou na produção nos anos seguintes, quando se iniciou o momento de implementação do projeto de reforma sanitária. Neste período, a ênfase esteve na resolução dos impasses vividos no processo de implementação, numa postura muito mais político-gerencial, em detrimento de análises críticas do processo saúde-doença-atenção (Levcovitz *et al.*, 2002), o que certamente trouxe prejuízos para a construção da política pública de saúde.

Quadro 3 – Tipos, modelos de estudo e temas na análise da política de saúde no Brasil

Contexto	Tipos e modelos de estudo	Temas
Anos 70/80 – crítica ao papel do Estado e ao modelo de proteção social. Expansão dos movimentos reformistas, dentre eles o movimento da Reforma Sanitária.	Análise crítica do Estado e de seus padrões de intervenção na saúde. Estudos descritivos e prescritivos da política de saúde.	O papel do Estado e a política de saúde. Estrutura capitalista e prática médica. A medicina e a estrutura social. Instituições médicas.
Final dos anos 80 e início dos anos 90 – nova Carta Constitucional; novo modelo de proteção social. Começo da política liberal de Estado.	Estudos do processo de implementação das políticas. Estudos de avaliação de políticas.	Planejamento e gestão. Financiamento e gasto em saúde. Estudos de avaliação de serviços.
Meados dos anos 90 – reforma do Estado, ajuste econômico. Maior ênfase na descentralização das políticas públicas.	Estudos de resultado e implementação das políticas.	Descentralização e estudos de caso. Surgem estudos de áreas mais específicas da política, em atenção aos diferentes grupos de interesse. Estudos sobre o setor privado e a relação público-privado.
2000 em diante – o desafio é a retomada do crescimento e a definição de uma política efetiva de redução das desigualdades sociais.	Estudos de avaliação de resultados e impacto das políticas. Estudos sobre o complexo produtivo e o processo de incorporação e inovação tecnológica na área da saúde.	Temas como qualidade, práticas de cuidado e modelo assistencial passam a ser mais trabalhados. A temática da avaliação em saúde apresenta maior expressão, inclusive institucional. Alguns estudos de análise da política nacional de saúde com ênfase nos dilemas da gestão pública da saúde. Relação público-privado – relação entre os setores e a questão da regulação. Ciência e tecnologia – incorporação de tecnologia na saúde. Novos temas buscam relação com as políticas de saúde – federalismo, sistema político, legislativo e judiciário. Identificação dos componentes do complexo e suas inter-relações. O processo de inovação em saúde e suas interfaces com o setor industrial e financeiro. Desenvolvimento, políticas regionais e saúde começam a ser pautados como temas para investigação sistemática.

Considerações finais

A área da saúde produziu uma enorme gama de trabalhos voltados para o exame de aspectos e dimensões específicos da política de saúde, e isso se deu com a contribuição não só de acadêmicos, mas de profissionais e trabalhadores em saúde. Basta ver, nos congressos da área (congressos da Associação Brasileira em Saúde Coletiva – Abrasco), a enorme produção de trabalhos oriundos dos serviços de saúde ou realizados em conjunto por acadêmicos e profissionais de saúde no exercício de funções técnicas e assistenciais.

Os mecanismos de funcionamento do SUS estão detalhados no capítulo 12, e a participação social no SUS, no capítulo 28.

Essa enorme vitalidade permitiu que se construíssem recentemente modelos mais institucionalizados de avaliação de programas e políticas específicas, em redes que congregam universidades e instâncias burocráticas.

Entretanto, há ainda muito trabalho a fazer. Por exemplo, é preciso conhecer de modo mais aprofundado os condicionantes impostos pela burocracia que opera o processo de implementação da política (temos como exemplo o modelo *bottom-up* de implementação); descrever e aprofundar a discussão sobre as redes de implementação de uma política (quais são os atores, como interagem, em que situações etc); entender melhor como os problemas são colocados e facilmente retirados da agenda governamental; conhecer o impacto da política (sistema político) nacional e estadual e mesmo municipal na formulação e implementação de políticas e programas; saber se diferentes tipos de burocracia produzem diferentes políticas.

Outros assuntos, ainda pouco estudados, referem-se ao processo crescente de mercantilização da saúde ou à importância da dimensão industrial (em termos da essencialidade hoje do uso de medicamentos e tecnologias para o diagnóstico e as terapias em saúde) e o seu impacto na questão do direito à saúde e na saúde da população.

Ainda conhecemos muito pouco sobre a forma como operam os grandes aparatos públicos – como o Ministério da Saúde; as agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e as secretarias estaduais de Saúde –, sobre o porquê da existência de tanta fragmentação dentro dos órgãos, qual a influência de determinados formatos organizacionais na formulação e implementação de políticas etc.

Também é importante realizar investigações sobre a influência das corporações profissionais (de médicos e outros profissionais da área) na construção da agenda em saúde e na formulação de políticas, a maneira como defendem interesses e vocalizam posições, as alianças estratégicas que conformam com a burocracia, com o legislativo (nas três esferas) etc.

Outro ponto a ser estudado diz respeito ao modo como a política de saúde se articula com a política econômica ou depende dela. Como as diretrizes de política econômica influenciam as decisões da política de saúde, em quais aspectos menos visíveis (no aspecto do financiamento é muito visível), como isso ocorre etc.

Finalmente, também ainda não podemos afirmar que o setor saúde constituiu-se de fato das formas mais democráticas de decisão política, sendo necessário avançar em estudos que possibilitem uma análise mais precisa dos processos decisórios e das intermediações de interesses que envolvem o setor em pauta.

Leituras recomendadas

FREEMAN, R. & MORAN, M. A saúde na Europa. *In:* NEGRI, B. & VIANA, A. L. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

LEVCOVITZ, E. *et al. Produção de Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2)

VIANA, A. L. D. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 30(2): 5-43, 1996.

Sites de interesse

Análise de políticas na saúde: www.ims.uerj.br/ccaps

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): www.cebes.org.br

Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição: http://164.41.147.210/opsan

Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory

Referências

ABEL-SMITH, B. Health insurance in developing countries: lessons from experience. *Health Policy and Planning*, 7: 215-226, 1992.

ABEL-SMITH, B. & RAWAL, P. Can the poor afford "free" health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, 7: 329-341, 1992.

ANDERSON, J. E. *Public Policy-Making*. Nova York: Holt, Rinehart & Winston, 1984.

AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ARRETCHE, M. A agenda institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 22(64): 147-151, 2007.

ASHFORD, D. E. The British and French social security systems: Welfare State by intent and by default. *In:* ASHFORD, D. E. & KELLEY, E. W. (Eds.) *Nationalizing Social Security*. Greenwich: JAI Press, 1986.

AURELIANO, L. & DRAIBE, S. M. A especificidade do "Welfare State" brasileiro. *In:* MPAS/CEPAL (Orgs.) *Economia e Desenvolvimento*. Brasília: MPAS, Cepal, 1989. (v. 1 - A Política Social em Tempo de Crise: articulação institucional e descentralização)

BAPTISTA, T. W. F. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 49, 3: 101-122, 1998.

BAPTISTA, T. W. F. & REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. *In:* MATTOS, R. A. & BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*, 2011 (versão *on-line*). Disponível em:<www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 8 mar. 2012.

BATEMAN, D. The selected list. *British Medical Journal*, 306: 1.141, 1993.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. Saúde e previdência. *In:* BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. (Orgs.) *Estudos de Política Social*. São Paulo: Hucitec, 1986.

BREWER, G. The policy sciences emerge: to nurture and structure a discipline. *Policy Sciences*, 5: 239-244, 1974.

BRIGGS, A. The Welfare State in historical perspective. *Archives Européennes de Sociologie*, 2: 228, 1961.

BURKE, P. *História e Teoria Social*. São Paulo: Unesp, 2002.

COHEN, E. & FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

COHN, A. *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.

CORDEIRO, H. *Empresas Médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil*, 1981. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1974.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*, 1976. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DYE, T. R. *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1972.

ENTHOVEN, A. C. *Reflections on the Management of the National Health Service*. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Nova York: Polity Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. *et al*. *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

FERRERA, M. *Modelli di Solidarietà*. Bologna: Il Mulino, 1993.

FERRERA, M. *La Trapole del Welfare State*. Bologna: Il Mulino, 1998.

FERRERA, M. *Nuova Europa e Nuovo Welfare*. Bari: Cacucci, 2001.

FLORA, P. (Ed.) *Growth to Limits: the European Welfare States since World War II*. Berlim: De Gruyter, 1986.

FREEMAN, R. E. & MORAN, M. Reforming health care in Europe. *In:* FERRERA, M. & RHODES, M. (Eds.) *Recasting European Welfare States*. Londres: Frankcass, 2000.

GIAIMO, S. *Markets and Medicine*. Michigan: University of Michigan Press, 2002.

GINSBURGH, M. Class, *Capital and Social Policy*. Londres: Moenullan, 1979.

GOUGH, I. *The Political Economy of the Welfare State*. Londres: McMillan, 1979.

GREEN, A. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

HABERMAS, J. *Legitimations Probleme in Spatkapitalism*. Frankfurt: Lehrkamp, 1973.

HAM, C. & HILL, M. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. 2. ed. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HEXTER, J. *On Historians*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

HOGWOOD, B. & GUNN, L. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press, 1984.

HOWLETT, M. & RAMESH, M. *Studying Public Policy*. Canadá: Oxford University Press, 1995.

IMMERGUT, E. Health politics, interests and institutions in Western Europe. *In:* SVEN, S.; KATHLEEN, T. & LONGSTRETH, F. (Eds.) *Structuring Politics: historical institucionalism in comparative analysis*. Nova York, Cambridge: University Press, 1992.

IMMERGUT, E. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 11, 30: 139-163, 1996.

JENKINS, W. *Policy Analysis: a political and organizational perspective*. Londres: Martin Robertson, 1978.

KINGDON, J. *Agendas, Alternatives and Public Choices*. Boston: Little Brown, 1984.

KORPI, W. *The Working Class in Welfare Capitalism*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1978.

LASSWELL, H. D. The policy orientation. *In:* LERNER, D. & LASSWELL, H. D. (Eds.) *The Policy Science: recent developments in scope and method*. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LEVCOVITZ, E. *et al*. *Produção de Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2)

LEVI, L. Governo e governantes. *In:* BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. (Orgs.) *Dicionário de Política*. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

LIMA, L.; MACHADO, C. V. & GERASSI, C. D. O neoinstitucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. *In:* MATTOS, R. A. & BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*, 2011 (versão *on-line*). Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 8 mar. 2012.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. (Biblioteca Saúde e Sociedade)

MARQUES, E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 43: 67-102, 1997.

MARSHALL, T. H. *Citizenship and Social Class and other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.

MATTA, G. *A Medida Política da Vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MATTOS, R. *Desenvolvendo e Ofertando Ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MCGUIRE, A. *The Economics of Health Care: an introduction text*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1988.

MENY, I. & THOENIG, J. C. *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel, 1992.

MISHRA, R. *Society and Social Policy: theories and practice of welfare*. Londres: Macmillan, 1977.

MOONEY, G. H. *Economics, Medicine and Health Care*. Sussex: Wheatsheaf Books, 1986.

MULLER, P. & SUREL, Y. *L'Analyse des Politiques Publiques*. Paris: Montchrestien, 1998.

O'CONNOR, J. *Die Finank Krise das Staates*. Frankfurt: Suhrkamp, 1974.

OFFE, C. *Problemas Estruturais do Estado*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OFFE, C. & NARR, W. *Strukturprobleme des Kapitalistischen Staates*. Frankfurt: Suhrkanp, 1972.

OLIVEIRA, J. A. A. *Política Social, Acumulação e Legitimidade: contribuição à história da previdência social no Brasil*, 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *A (Im)Previdência Social Brasileira*. Rio de Janeiro: Abrasco, Vozes, 1986.

PIERSON, P. *The New Politics of Welfare State*. Oxford: Oxford Press, 2001.

RIMLINGER G. *Welfare Policy and Industrialisation in Europe, North America and Russia*. New York: Wiley, 1971.

ROEMER, M. I. *National Health Systems of the world: the issues*. Nova York: Oxford University Press, 1993.

ROSANVALLON, P. *La Crise de l'État Providence*. Paris: Seuil, 1981.

ROSANVALLON, P. *La Nouvelle Question Social*. Paris: Seuil, 1995.

SOUZA, C. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51): 15-20, 2003.

STOPPINO, M. Poder. *In:* BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

TITMUSS, R. M. *Problems of Social Policy*. Londres: HMSO, 1950.

TITMUSS, R. M. *The Social Division of Welfare*. Liverpool: University Press, 1956.

TITMUSS, R. M. *Income Distribution and Social Change: a study in criticism*. Londres: Allen & Unwin, 1962.

TITMUSS, R. M. *Essays on the Welfare State*. Londres, Allen & Unwin, 1963.

TITMUSS, R. M. *Commitment to Welfare*. Londres, Allen & Unwin, 1968.

TITMUSS, R. M. *Social Policy: an introduction*. Londres: Allen & Unwin, 1974.

VIANA, A. L. D. & LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. *In:* VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. & IBANEZ, N. (Orgs.) *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

WALT, G. *Health Policy: an introduction to process and power*. Londres: Zed Books, 1994.

WILENSKY, H. L. *The Welfare State and Equality*. Berkeley: University of California Press, 1975.

WILENSKY, H. L. & LEBEAUX, C. N. *Industrial Society and Social Welfare*. Nova York: Free Press, 1965.

WORLD BANK. *Health Sector Policy Paper*. Washington: World Bank, 1980.

WORLD BANK. *World Development Report: investing in health*. Washington: World Bank, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Genebra: World Health Organization, 2002.

3. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lígia Giovanella

Este capítulo trata dos sistemas de saúde: como surgem, o que são, como se organizam, quais as suas características e como funcionam. O objetivo é dar ao leitor uma visão geral dos componentes e da dinâmica dos sistemas de saúde na atualidade.

Sistema de saúde
É o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

O estudo dos sistemas de saúde é hoje uma das áreas mais importantes das ciências da saúde. Diversos grupos de especialistas se dedicam a conhecer e a analisar os sistemas de seus próprios países e de outros, muitas vezes distantes, com idiomas, culturas e tradições distintas. Qual é a importância de estudar os sistemas de saúde?

Os sistemas de saúde, como os conhecemos hoje – estruturas públicas e privadas de atenção à saúde –, são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX. Eles se desenvolveram por conta do crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações. Assim, os Estados foram consolidando estruturas que garantiram a prevenção de doenças, a oferta direta de serviços de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente etc. Ou seja, os diversos temas e problemas relativos à saúde dos indivíduos e países são hoje uma preocupação coletiva de todas as nações. Os sistemas de saúde têm como função solucionar esses problemas de forma mais ou menos abrangente, em cada país.

Estudar os sistemas de saúde nos ajuda a conhecer como suas estruturas estão falhando ou sendo bem-sucedidas nos objetivos de promover a saúde, garantir a melhoria das condições de saúde da população, cuidar das pessoas e aliviar seu sofrimento. A forma como se dá o financiamento das ações, o tipo e o alcance da regulamentação do setor privado e a relação com o setor público são alguns dos exemplos de mecanismos que podem interferir na qualidade da assistência.

A análise comparada é uma área importante dos estudos de sistemas de saúde. Esse processo tem tornado possível o conhecimento das similaridades e diferenças entre os sistemas de diversos países. Embora os países sejam diferentes, com histórias, culturas e sistemas

diversos, é possível aprender com a experiência dos demais para melhorar nossas políticas e programas da saúde.

A estrutura deste capítulo parte do pressuposto de que todo sistema de saúde possui alguns componentes básicos. As características desses componentes podem mudar de acordo com o tempo ou podem ser diferentes entre os países. Mas os componentes permanecem fazendo parte do sistema. Estudar um sistema de saúde é conhecer as características de cada um de seus componentes (organizações, profissionais, rede de serviços, insumos, tecnologias e conhecimentos) e como eles se relacionam entre si (financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços). Ou seja, como é a dinâmica do sistema. É preciso ter em mente que tanto os componentes do sistema quanto a sua dinâmica própria estão relacionados, em menor ou maior grau, com características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada país. A sociedade constrói seus sistemas de saúde ao longo do tempo. A forma como esses sistemas funcionam e se organizam, os resultados que alcançam na vida e na saúde dos indivíduos dependem do quanto a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população.

Em primeiro lugar, para conhecer os sistemas, discutem-se algumas de suas características gerais, a relação com a concepção de proteção social e as origens dos sistemas de saúde atuais. A seguir, descrevem-se os diversos componentes dos sistemas de saúde e da dinâmica desses sistemas. Na parte final, são apresentados desafios atuais dos sistemas de saúde.

Sistemas e proteção social da saúde

Pode-se definir um sistema como um "conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que tem como objetivo atingir determinados fins" (Roemer, 1991: 3). Esta noção pode ser aplicada aos sistemas de saúde, já que em todos os países é possível identificar uma série de ações, organizações, regras e indivíduos cujas atividades se relacionam direta ou indiretamente com a prestação de atenção à saúde. Embora nem sempre as relações entre esses elementos sejam visíveis, todos fazem parte de um conjunto que pode ser identificado pela ação final de suas atividades – no caso dos sistemas de saúde, a atenção à saúde. A questão é: que partes são essas, como elas se relacionam e que objetivos devem cumprir?

Um sistema não é um conjunto fechado, e sua dinâmica está sempre relacionada a outros sistemas e ao conjunto das relações sociais em um determinado tempo e lugar. Por exemplo, uma lei de contingenciamento de despesas públicas, tomada por um governo em um determinado momento, não pode ser caracterizada como uma função do sistema de saúde, mas pode afetar os recursos disponíveis para os serviços prestados por esse sistema.

Um sistema de saúde não funciona, necessariamente, de forma ordenada. O fato de seus componentes se relacionarem não quer dizer que esse processo seja bem organizado, nem que todos sempre cumpram objetivos similares. O ambiente dos sistemas é muito mais caótico que ordeiro, e mais conflituoso que consensual. Por isso, os sistemas são complexos e estão em constante mudança.

Os sistemas de saúde representam um vigoroso setor de atividade econômica, mobilizam vultosas somas financeiras, envolvem os produtores de insumos e de serviços e geram grande número de empregos, como discutido no capítulo 7 sobre o complexo industrial da saúde. Constituem também uma arena política de disputa de poder e recursos, na qual

ocorrem conflitos distributivos de dinheiro, prestígio e empregos, envolvendo inúmeros atores sociais: profissionais, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, representações de empresários, grupos de interesse.

Os sistemas de saúde apresentam elementos similares: todos têm certa forma de organização, contam com algumas instituições responsáveis por determinadas atividades, rede de serviços e um dado financiamento. Podem ser entendidos, de um modo mais abstrato, como a resposta social organizada às condições de saúde da população. Contudo, sabemos que os sistemas não funcionam da mesma forma em todos os países. Isso porque os sistemas de saúde não podem ser separados da sociedade; ao contrário, eles fazem parte da dinâmica social. E tanto são influenciados por essa dinâmica como também podem influenciá-la.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, por exemplo, é o resultado de um longo processo social que visou a mudar a forma como o Brasil garante a atenção à saúde de seus cidadãos. Entretanto, muito do que a lei prevê ainda não se tornou realidade até o momento, por algumas razões. Uma delas é que certas mudanças são mais lentas do que outras porque encontram mais resistência, ou requerem decisões mais difíceis de implementar. Outras razões para que a lei ainda não tenha se cumprido de maneira plena devem-se ao fato de as instituições ou profissionais envolvidos não estarem preparados ou não aceitarem as mudanças previstas, ou alguns governos não estarem de acordo com elas e evitarem implementá-las.

Da mesma forma, o SUS também influencia mudanças na sociedade. Hoje, por exemplo, a noção de direito à saúde é muito mais forte e difundida e influenciou outras áreas sociais. Também a noção ampliada de saúde, entendida em suas determinações sociais mais gerais, é compartilhada por mais pessoas. Outro exemplo é que os municípios são hoje muito mais responsáveis pela atenção à saúde do que eram antes da implantação do SUS.

A relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social vai gerando, ao longo do tempo, os valores sociais sobre a proteção à saúde, ou seja, a forma como a sociedade concebe a saúde e o risco de adoecer e como trata os problemas relacionados ao processo saúde-enfermidade. A proteção à saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos. Na história contemporânea, a proteção à saúde mais ampla está relacionada a sistemas de saúde universais, públicos e que incorporaram a proteção à saúde como direito de cidadania. E por que a proteção à saúde implica sistemas de saúde universais, públicos e direito à cidadania?

Embora esse tema já tenha sido explorado no capítulo 1, é preciso enfatizar alguns pontos. Em primeiro lugar, as doenças e os males de toda sorte são riscos aos quais todos os seres humanos estão expostos durante toda a vida, independentemente de sua vontade. Além disso, o bem-estar dos indivíduos é importante para uma sociedade mais justa e democrática; não basta a cura de doenças e agravos. É preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual. Como consequência, a saúde não deve ser objeto de lucro. Ao contrário, deve ser responsabilidade solidária do Estado e dos cidadãos.

O direito à cidadania vem como condição de igualdade entre todos os indivíduos da mesma comunidade. A universalidade é a indistinção entre todos os cidadãos. A noção de prestação pública é decorrente da garantia do direito à cidadania e da ideia de saúde como bem público não comercializável, sendo o Estado a instituição correspondente. Por este motivo, a presença dele na garantia do acesso universal à saúde e no controle e regulação dos mecanismos que interferem na saúde dos indivíduos é um diferencial na busca por melhores condições de saúde. Não por acaso, os países que alcançaram melhores indicadores de saúde são aqueles que apresentam sistemas universais e públicos com base solidária de financiamento.

Modelos de proteção social em saúde

Podemos relacionar os sistemas de saúde com os modelos de proteção social, vistos no capítulo 1: seguridade social, seguro social e assistência social. Os modelos de proteção social tratam das formas de organização e intervenção estatal para toda a área social, incluindo, além da saúde, as áreas de previdência e de assistência social. Vamos nos ater à aplicação desses modelos à saúde, para entender a que tipos de sistemas de saúde esses modelos se referem.

Os modelos de proteção social em saúde correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento, na condução, na regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, gerando condições distintas de acesso e no direito à saúde.

Na atenção à saúde, os modelos de proteção social mais encontrados nos países de industrialização avançada são os de seguro social e o de seguridade social. O modelo de assistência social, residual, com ênfase no mercado, está presente somente nos Estados Unidos.

Na saúde, a modalidade de proteção social do tipo seguridade social, inspirada em princípios de justiça social, se concretiza em sistemas universais de saúde, os chamados sistemas nacionais de saúde (como o inglês National Health Service – NHS), financiados com recursos públicos provenientes de impostos gerais. Esses sistemas são também conhecidos como beveridgianos, pois, como discutido no capítulo 1, sua referência histórica é o Relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra, que propôs pela primeira vez um novo modelo de proteção social baseado na condição de cidadania, segundo o qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado. Os sistemas nacionais de saúde universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde (OMS, 2010). Nos sistemas universais, o Estado, em geral, presta diretamente os serviços de saúde: toda a rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou a maior parte dela, é de propriedade pública estatal. Grande parte dos profissionais de saúde é de empregados públicos. E, mesmo nos casos dos serviços contratados pelo setor privado, o Estado tem grande capacidade de regular os serviços e controlar os custos, já que ele é o principal comprador e define os serviços a serem prestados. Além disso, os sistemas nacionais estabelecem regras uniformes para a maioria das ações e serviços de saúde, o que garante serviços similares em todo o país.

O **National Health Service** britânico, criado em 1946 (iniciou sua operação em 1948), foi o primeiro sistema nacional universal de saúde no Ocidente em um país capitalista. Financiado com recursos fiscais, garante acesso universal à atenção à saúde a todos os cidadãos, independentemente da renda ou contribuição de cada um. Foi um exemplo importante para o nosso Sistema Único de Saúde.

As características dos modelos de proteção social de seguridade social (beveridgiano), de seguro social (bismarckiano) e residual você encontra no capítulo 1.

Outro modelo de sistema público universal anterior ao beveridgiano foi instituído na Rússia, com a Revolução Soviética de 1917. Esse modelo foi conhecido como modelo Semashko, nome do primeiro 'comissário do povo para a saúde' do governo Lênin, e foi difundido posteriormente para os países socialistas da União Soviética e do Leste Euro-

peu. Esse modelo de acesso universal é centralizado e integralmente estatal. A maioria das unidades de saúde é de propriedade estatal, e todos os profissionais são empregados do Estado. Apresenta estrutura vertical, organização hierárquica e regionalizada das redes de serviços e responsabilidades bem definidas em cada nível de administração. Um exemplo ainda presente e bem-sucedido do modelo Semashko é o sistema cubano.

Na outra modalidade de proteção social, os sistemas de seguro social em saúde do tipo bismarckiano têm financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores e, em seus primórdios, em geral, foram segmentados por categoria funcional de trabalhadores, como no caso brasileiro dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Essa segmentação é bastante criticada porque gera iniquidades, já que benefícios e serviços podem ser diferenciados entre categorias profissionais, dependendo da sua importância na economia, além de excluir a população não inserida no mercado formal de trabalho.

A prestação de assistência médica nesses sistemas é em geral separada das ações de saúde coletivas (medidas de promoção e prevenção, vigilância sanitária, epidemiológica etc.) e exercida por um órgão público diferente. Na maior parte dos casos, os seguros sociais dão ênfase às ações curativas individuais, e as coletivas são relegadas a segundo plano. Essa separação, além de ser mais onerosa, dificulta a garantia da atenção integral.

Nos países europeus, o que se observou em relação à cobertura populacional por seguro social de saúde (ou de doença – denominação mais comum em tais países) foi a universalização. Ao longo do tempo, ocorreu uniformização de ações e serviços de saúde garantidos pelas diferentes caixas (institutos organizados de acordo com a profissão ou inserção laboral), além de incorporação progressiva de grupos profissionais ao seguro social, o que, em um contexto de pleno emprego, permitiu a cobertura da grande maioria da população com equidade.

No modelo de proteção social residual, ou de assistência social, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção universal à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres, devendo cada um, individualmente, comprar serviços no mercado de acordo com sua capacidade de pagamento, o que produz importantes iniquidades. Isso ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos, em que os programas públicos de proteção à saúde cobrem apenas os mais necessitados e parcialmente os aposentados, permanecendo descoberta uma parcela importante da população, sem acesso a seguros públicos ou privados. Este modelo no qual prevalece o mercado gera enorme ineficiência, devido à baixa regulamentação estatal, miríade de prestadores e provedores de seguros. Assim, os Estados Unidos são hoje o país com os gastos em saúde *per capita* e como proporção do produto interno bruto mais elevados do mundo (16% em 2010), permanecendo importante parcela da população sem cobertura (46 milhões de cidadãos americanos em 2008), com resultados e indicadores de saúde piores do que aqueles de sistemas universais, próprios de países europeus, cujos gastos são muito menores. A reforma Obama em 2010 visou a cobrir uma parte dessa população descoberta (32 milhões), obrigando à compra de seguros privados de saúde.

Esses três tipos de proteção social em saúde correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento com consequências na garantia deste direito de cidadania – quanto mais amplo o financiamento público, maior a igualdade de oportunidades de acesso e a abrangência da garantia do direito à saúde. Ao mesmo tempo, o papel governamental no financiamento condiciona a capacidade estatal de regulação do sistema de saúde. A habilidade do governo para regular as diversas dimensões do setor saúde (me-

Os **Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)** foram criados no Brasil na década de 1930 para a prestação de benefícios previdenciários e assistência médica.

As categorias de trabalhadores mais organizadas e reconhecidas pelo Estado foram as primeiras a terem seus direitos sociais garantidos com organização de seus respectivos institutos. Os IAPs foram integrados em 1966, durante o regime militar, em um único instituto, o então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Veja mais sobre a história da política de saúde no Brasil nos capítulos 10 e 11.

A **segmentação** da proteção em saúde com filiação de setores da população a diversas instituições com benefícios diferenciados acontecia na época dos IAP. As categorias mais fortes e com salários maiores conseguiam arrecadar mais recursos e ofereciam mais e melhores serviços aos seus integrantes. Grande parte da população não tinha uma ocupação regulamentada – como os trabalhadores rurais, os autônomos e os domésticos. Tampouco era filiada a algum instituto, por isso não tinha direito à previdência e à assistência à saúde.

dicamentos, tecnologias, serviços, prestadores) é crítica para a eficiência, para a garantia de cobertura ampliada e o controle de gastos.

Vemos assim que o tipo de proteção social em saúde vai condicionar a forma como um sistema de saúde é financiado, estruturado, bem como o leque de serviços e benefícios garantidos. Ou seja, para o estudo dos sistemas de saúde é importante, em primeiro lugar, identificar as características mais gerais de sua conformação. Para isso, a classificação dos modelos de proteção social é o ponto de partida. O assunto será novamente abordado quando tratarmos dos componentes do sistema.

Para entender um pouco melhor esses modelos de proteção social em saúde, a seguir apresentamos aspectos históricos da conformação dos sistemas públicos de saúde em países europeus.

Origens dos sistemas públicos de saúde: um pouco de história

Os sistemas de proteção e atenção à saúde existentes no mundo são consequência de longos processos históricos. Resultam de um emaranhado de iniciativas nem sempre coerentes, incluindo a influência de experiências de outros países. Assim, resultaram e estão relacionados à constelação de atores setoriais, suas formas de organização e recursos de poder (trabalhadores organizados, seguros privados, partidos, médicos); à força dos movimentos dos trabalhadores e dos partidos de esquerda, bem como suas capacidades em estabelecer alianças. Outro elemento fundamental são as formas de organização e os mecanismos por meio dos quais os médicos conquistam o monopólio do exercício da medicina (entidades, disputas entre associações médicas, de generalistas e especialistas). A atuação desses atores é, por sua vez, influenciada pelas instituições políticas de cada país, que definem as possibilidades de sua participação política (regras do jogo). Da mesma forma, a configuração dos sistemas depende das políticas e iniciativas anteriores, como a criação de sociedades de socorro mútuo pelos movimentos de trabalhadores.

Frequentemente, as primeiras iniciativas de proteção à saúde estiveram relacionadas a outras questões políticas mais gerais. Assim, o padrão de propriedade dos hospitais hoje existente nos países europeus foi influenciado pelas disputas entre a Igreja e o Estado pelo poder e separação dessas esferas. Construídos pela Igreja na Idade Média, estritamente voltados para os cuidados dos pobres, os hospitais em muitos países foram posteriormente apropriados pelo Estado como consequência de conflitos religiosos (Reforma Protestante, revoluções anticlericais na França e repercussões da Revolução Francesa na Alemanha) (Immergut, 1992). Até hoje, em boa parte dos países, os hospitais europeus são de propriedade estatal. Em outros países, contudo, permanece forte a presença de entidades religiosas na atenção hospitalar. Muitas mudanças ocorreram ao longo do tempo, e o financiamento das prestações hospitalares passou a ser predominantemente público para ambos os tipos de hospitais. Contudo, raízes e padrões históricos ainda têm repercussões nas políticas de saúde contemporâneas, pois influenciam a estrutura e a organização dos sistemas de saúde.

Podemos identificar três ondas de legislação no processo de constituição e desenvolvimento de sistemas ampliados de proteção social à saúde na Europa (Immergut, 1992). Uma primeira onda correspondeu a subsídios governamentais às sociedades mútuas voluntárias ao final do século XIX em diversos países. Em uma segunda onda de legislações nas

primeiras décadas do século XX, foram criados os seguros sociais de doença compulsórios, difundindo a experiência alemã. Depois da Segunda Guerra Mundial, uma terceira onda de regulamentações culminou com a universalização da proteção social em saúde em países europeus, decorrente da ampliação da cesta de benefícios e cobertura dos seguros sociais com inclusão da maioria da população e da criação, em alguns países, de sistemas nacionais de saúde financiados com recursos fiscais correspondendo à modalidade de proteção social de seguridade social.

As raízes dos sistemas públicos de saúde encontram-se em iniciativas de organizações de trabalhadores e de partidos políticos de esquerda, que em meados do século XIX, no contexto do processo de urbanização e industrialização, criaram sociedades de socorro mútuo (*mutual aid societies*, *friendly societies*, *mutuelles*, *Fabrik-Krankenkassen*) para prover ajuda financeira a seus integrantes, em caso de morte e doença (Immergut, 1992). A partir de contribuição voluntária dos trabalhadores, essas associações garantiam benefícios em dinheiro em caso de perda de salário por doença e para auxílio funeral e, por vezes, assistência médica prestada por médicos contratados pela entidade de ajuda mútua.

Entidade de ajuda mútua

Associação voluntária com troca recíproca entre os membros. Contribuição de todos para benefício individual de cada contribuinte em caso de necessidade.

Em alguns países, essas instituições voluntárias e financiadas pelos trabalhadores tinham propósitos políticos claros. Em outros, eram vistas como uma forma assistencial de organização dos trabalhadores que deveria ser encorajada pelos governos. Sociedades mútuas também foram criadas por iniciativa de indústrias para a proteção de seus trabalhadores e em alguns casos por governos locais. Frequentemente, essas associações foram a base organizacional para nascentes movimentos de trabalhadores. Os benefícios ofertados eram incentivos para atrair filiados e fortalecer lutas políticas, financiando inclusive ações de greve. Em países como a Alemanha, foram criadas entidades mútuas como forma de burlar legislação autoritária que proibia a organização dos trabalhadores e deram origem a sindicatos.

As primeiras leis que podem ser consideradas como uma intervenção estatal na atenção à saúde regulamentaram esse tipo de assistência e foram motivadas pelo desejo dos governos em controlar a vida associativa e o movimento dos trabalhadores. O reconhecimento governamental das sociedades de ajuda mútua implicava controle, aceito pelas mútuas. Em contrapartida, as instituições recebiam algumas vantagens legais, como depósitos das contribuições em bancos governamentais com taxas de juros mais favoráveis. Nos países nos quais as associações de trabalhadores eram proibidas, as sociedades mútuas eram obrigadas a ter registro, sob ameaça de ação judicial. Inicialmente, buscou-se, principalmente, regulamentar as condições de filiação e exigir registro como forma de controle governamental sobre estas associações voluntárias. Na segunda metade do século XIX, como se pode observar no Quadro 1, organizado por Immergut (1992), legislações aprovaram a transferência de subsídios financeiros para as entidades mútuas na maior parte dos países da Europa Ocidental.

É necessário lembrar, contudo, que, naquela época, nem todas as sociedades de ajuda mútua tinham entre seus benefícios a assistência médica; os benefícios eram em geral monetários, na forma de auxílio-funeral e auxílio-doença para afastamento do trabalho em caso de enfermidade, e as legislações não regulamentavam a prestação de serviços médicos. As sociedades de ajuda mútua definiam seus benefícios e as formas de contratação dos médicos.

No início da Revolução Industrial, as condições de trabalho eram péssimas, altamente insalubres, e a legislação de proteção do trabalho para regulamentação da jornada de trabalho, proteção à maternidade e à infância era ainda incipiente, desencadeando importantes

lutas dos trabalhadores. Todavia, para os movimentos socialistas de trabalhadores, a regulamentação governamental das sociedades de ajuda mútua era vivenciada como intervenção nas suas associações solidárias, voluntárias, que provocaria perda de autonomia. Assim, partidos socialistas posicionaram-se naquela época contra a aprovação de legislações que controlassem as sociedades mútuas. Esses são importantes exemplos de questões políticas mais gerais referentes aos conflitos entre capital e trabalho e às relações Estado-Igreja, que influenciaram a formação dos sistemas de saúde hoje existentes.

As iniciativas governamentais, em meados do século XIX, para controlar a vida associativa e regular as sociedades de ajuda mútua representam, assim, uma primeira onda de legislação no processo histórico de constituição dos sistemas públicos de saúde. Essas legislações, contudo, não possibilitaram uma ampliação de cobertura, pois os subsídios governamentais eram muito baixos, e o interesse era mais controlar a organização dos trabalhadores do que garantir proteção à saúde.

A segunda onda de legislações no início do século XX, que criou seguros sociais de doença compulsórios em diversos países, seguiu o modelo proposto por Bismarck e aprovado em 1883 na Alemanha (Quadro 1). A gênese do seguro de doença alemão esteve relacionada a questões mais gerais do conflito capital-trabalho. Na Alemanha, durante o processo conservador de transição para o capitalismo, o Estado autoritário tomou para si a responsabilidade pela segurança social. Além do enfrentamento dessa questão, a política social de Bismarck foi uma proposta intencional de organização corporativa da sociedade e de ampliação do controle do Estado sobre a vida social e o trabalho organizado (Saltman, Busse & Figueras, 2004). Bismarck defendia a ação positiva do Estado, aliada à repressão da esquerda. Buscava estabelecer um executivo forte e combater o avanço da social-democracia atendendo às reivindicações socialistas que julgasse adequadas e compatíveis com as leis do Estado e da sociedade, nas palavras do próprio Bismarck. Como afirmou na 'mensagem imperial' (*Kaiserliche Botschaf*) de 17 de novembro de 1881 – que propôs seguros sociais para acidentes de trabalho, doença, velhice e invalidez –, o chanceler estava convencido de que o caminho para a cura da desordem social não estava apenas na repressão da social democracia, mas também no fomento positivo do bem-estar dos trabalhadores (Bismark, 1881).

Na Alemanha, as leis do seguro social destinadas a aliviar as necessidades materiais do crescente proletariado industrial e forjar sua lealdade ao Estado, em contexto autoritário, foram acompanhadas pela promulgação de uma série de leis antissocialistas que impediam a organização dos trabalhadores. Assim, a introdução do seguro social de doença sofreu forte oposição dos trabalhadores e recebeu votos contrários de parlamentares social-democratas. Uma coalizão entre católicos e conservadores possibilitou a introdução do seguro compulsório. Todavia, no processo de negociação, os planos governamentais de prover financiamento estatal substancial foram bloqueados pelos liberais. O financiamento passou a ser responsabilidade apenas de empregadores e trabalhadores, bem como a responsabilidade pela administração foi conferida aos diversos tipos de sociedades mútuas preexistentes.

Assim, contingências do processo político alemão moldaram características dos seguros sociais, como o financiamento por contribuições sociais de trabalhadores e empregadores e a administração autônoma não diretamente estatal com representação dos segurados,

modelo mundialmente difundido. Posteriormente, a proteção na enfermidade e na velhice passou a fazer parte da pauta de reivindicações dos trabalhadores. Nas primeiras décadas do século XX, o modelo de seguros sociais expandiu-se para a maioria dos países europeus em decorrência de movimentos e greves gerais e da extensão do direito ao voto depois da Primeira Guerra Mundial.

Quadro 1 – Data de promulgação das legislações de proteção social à saúde – países da Europa Ocidental e Brasil

Países	Apoio a sociedades voluntárias de ajuda mútua	Seguro Social (Social Health Insurance – SHI)	Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS)
Alemanha	Leis municipais nos séculos XVIII e XIX	1883	
Áustria		1888, 1939	
Bélgica	1849, 1898	1944	
Dinamarca	1892		1973
Espanha	1839, 1859	1942	1986
França	1834, 1852, 1898	1928, 1945	
Holanda		1913, 1929, 1943	
Itália	1886	1943	1978
Portugal		1944	1979
Noruega		1909, 1953, 1956	(1969)
Reino Unido	1793, 1815,1850,1898	1911	1946
Suécia	1891, 1910, 1931	1946	1969
Suíça	1911, 1964		
Brasil	1888	1923, 1933, 1966	1988

Fonte: Adaptado de Immergut, 1992.

Desse modo, no início do século XX, observou-se um efeito importante de difusão de políticas sociais e de saúde. O exemplo da Alemanha provocou intensa discussão sobre seguros sociais em países da Europa. Governos de outras nações reconheceram as reformas sociais alemãs como uma política conservadora de sucesso, tanto para enfrentar o crescimento da esquerda quanto para preservar o sistema político e econômico, aumentar a produtividade do trabalho e satisfazer necessidades dos eleitores da classe trabalhadora. E assim criaram programas similares em seus países.

O modelo de seguros sociais foi implantado na maior parte dos países europeus. Todavia, em cada país, especificidades das entidades mútuas preexistentes, a constelação de atores sociais e partidos, conflitos e negociações políticas deixaram suas marcas na legislação aprovada, e cada país criou seus seguros sociais com características peculiares. Em parte dos países, o asseguramento social para o risco de adoecer integrava um seguro social mais amplo que cobria também a velhice, por meio das aposentadorias (como foi o caso dos Institutos

de Aposentadorias e Pensões no Brasil), e, em outros, os seguros sociais foram divididos em ramos, seguindo o modelo alemão, com contribuições e organizações específicas para doença/saúde. É também dessa época a criação de seguros sociais em países latino-americanos, como Brasil e Chile, ainda nos anos 1930.

Entre os países industrializados, os Estados Unidos permanecem como a grande exceção desse processo. Ainda que associações de ajuda mútua tenham sido criadas por grupos de imigrantes e de trabalhadores no século XIX, nunca receberam suporte governamental e foram suplantadas por seguros privados de saúde contratados pelas empresas. A legislação para criação de seguros sociais de saúde foi proposta em 1919 e 1948, mas não chegou a ser aprovada. A intervenção governamental na área da saúde nos Estados Unidos permanece restrita até os dias de hoje, em um modelo de intervenção estatal residual, com predomínio do mercado de seguros privados, conforme já mencionado. Nos Estados Unidos, programas governamentais introduzidos em 1965 por um governo democrata cobrem somente pessoas muito pobres, por meio de um programa de assistência social (Medicaid), e os idosos, por meio de um seguro social de contribuição compulsória durante a vida ativa (Medicare).

Uma terceira onda de legislações ocorreu no período posterior à Segunda Guerra Mundial, quando, no contexto de recuperação do pós-guerra, os países europeus universalizaram seus programas de proteção social em saúde, incluindo a maioria da população e ampliando serviços cobertos. Com a criação do Serviço Nacional de Saúde britânico (NHS, na sigla em inglês), surgiu um novo modelo de proteção social em saúde de acesso universal e financiamento fiscal. O NHS teve sua primeira formulação no relatório de Sir William Beveridge, que presidiu um comitê interdepartamental criado pelo governo britânico de coalizão (formado por conservadores e trabalhistas durante o período da Segunda Guerra Mundial) para estudar o seguro social inglês e fazer recomendações para uma reforma.

O Relatório Beveridge (1942) estabeleceu as bases para o NHS ao considerar o acesso à assistência médica como direito universal de cidadania. Recomendava que o Estado garantisse a todos os cidadãos atenção à saúde compreensiva (primária, especializada, hospitalar e reabilitadora), gratuita, disponível para qualquer cidadão independentemente de pagamento, financiada por impostos gerais. A proposta teve ampla aceitação social, e o NHS foi criado em 1946 pelo governo trabalhista com aprovação de todos os partidos. Com o início do funcionamento do NHS em 1948, todos os cidadãos britânicos passaram a ter acesso universal gratuito ao sistema de saúde por meio do registro junto a um médico generalista (*general practitioner* – GP), remunerado por um sistema de pagamentos *per capita* (capitação), e a maioria dos hospitais foi estatizada (somente 5% dos hospitais permaneceram privados). Neste sistema, a porta de entrada é o profissional médico de atenção primária, o GP, que trabalha em seu consultório e é responsável pela referência para especialistas e hospitais. Os hospitais são públicos e os médicos especialistas são empregados públicos dos hospitais, atendendo em ambulatórios de especialidades e internações.

Na maior parte dos outros países europeus, ainda que o modelo de seguro social tenha prevalecido, a cobertura populacional foi praticamente universalizada entre 1950 e 1970. Em sua origem, os seguros sociais cobriam algumas categorias de trabalhadores industriais de menor renda, protegendo apenas parcelas restritas da população. Entretanto, por um processo progressivo de inclusão e expansão, em contexto de pleno emprego e prosperidade econômica, foram incluídos gradualmente novos grupos profissionais e

expandidos os benefícios e a abrangência da cesta de serviços cobertos. Legislações progressivas uniformizaram o catálogo de benefícios e serviços dos diversos tipos de Caixas de Doença/Seguros Sociais de várias categorias profissionais, ampliando o catálogo de benefícios e universalizando a cobertura para a grande maioria da população, com garantia de acesso a serviços de saúde conforme a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento de cada um.

Nos anos 50 e 60, a possibilidade de transformação dos sistemas de seguros sociais em serviços nacionais de saúde foi discutida em diversos países, mas as legislações não foram aprovadas. A maior influência do modelo beveridgiano de proteção social em saúde foi observada nos países escandinavos, nos quais governos social-democratas transformaram seus sistemas e implantaram serviços nacionais de Saúde (SNS) financiados com recursos fiscais. Na Suécia, ainda que uma lei de criação de um serviço nacional de saúde não tenha sido promulgada, graduais mudanças de legislação transformaram o sistema sueco, que de fato pode ser considerado desde 1969 como um serviço nacional de saúde (Immergut, 1992). No mesmo ano, a prática privada foi abolida na maioria dos hospitais públicos, e todos os médicos de hospital passaram a ser empregados públicos em tempo integral (por isso, no Quadro 1, a data de criação de SNS para a Noruega aparece entre parênteses). Na Suécia, o acesso ao sistema de saúde é universal, o financiamento é principalmente fiscal, a maior parte das unidades é de propriedade estatal e quase todos os médicos são empregados públicos, características que configuram um serviço nacional de saúde.

Posteriormente, na segunda metade do século XX, em processo de transição para a democracia, países mediterrâneos e da Península Ibérica criaram serviços nacionais de saúde. Na Itália, a transformação foi possibilitada por meio de intenso movimento de reforma sanitária (que influenciou movimento similar no Brasil), e a Lei do Serviço Nacional de Saúde (Servizio Sanitario Nazionale), aprovada em 1978, foi decorrente do pacto entre o Partido Comunista Italiano e a Democracia Cristã. Portugal e Espanha transformaram seus sistemas durante o processo de democratização (após as ditaduras salazarista e franquista) e criaram os respectivos Serviço Nacional de Saúde (1978) e Sistema Nacional de Salud (1986), garantindo o direito à proteção à saúde e o acesso universal aos cuidados de saúde a toda a população (Saltman, Busse & Figueras, 2004). O Sistema Nacional de Salud (SNS) espanhol de acesso (realmente) universal e financiamento fiscal é descentralizado para as 17 comunidades autônomas. É territorializado com serviços regionalizados e hierarquizados com responsabilidade assistencial pública sobre uma população definida. Em cada Área de Saúde, correspondente a uma população de até 250 mil habitantes, localiza-se um hospital público, também responsável pela atenção especializada referenciada das Zonas de Saúde. Nestas se localizam os centros de atenção primária à saúde, com equipes multiprofissionais responsáveis por populações entre cinco mil e 25 mil habitantes. Para acessar o SNS, cada residente no país se inscreve na lista de um médico de família e comunidade do centro de saúde de sua zona, o qual, quando necessário, o encaminha aos serviços especializados do hospital de área.

Nos dias atuais, seguros sociais de saúde e serviços nacionais de saúde representam os modelos de proteção social em saúde de países europeus. O modelo bismarckiano – seguros sociais de saúde de contratação compulsória financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado – está presente em sete dos quinze países da Europa Ocidental que

compunham a União Europeia até maio de 2004: Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo. O modelo beveridgiano de serviços nacionais de saúde (National Health Service – NHS) ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais está presente em oito países da Europa Ocidental: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia. Nos anos 1990, o modelo bismarckiano de seguros sociais foi novamente introduzido em parte dos países do Leste Europeu, ex-socialistas, substituindo os sistemas baseados no modelo soviético Semashko: centralizados, de acesso universal com financiamento fiscal e rede estatal de serviços de saúde, produzindo segmentação.

Na América Latina, diferentemente dos países europeus, a universalização da proteção social à saúde não se completou. Os modelos clássicos europeus de seguro social e seguridade influenciaram as políticas de saúde da região, contudo, não foram plenamente implementados. Seguros sociais foram criados em parte dos países entre os anos 1930 e 1940 nos moldes do seguro social alemão, mas não alcançaram cobrir a maioria da população, uma vez que quase a metade da população ocupada não está inserida no mercado formal de trabalho. Nos anos 1950, sob influência da experiência britânica, o Chile constituiu um sistema nacional de saúde que foi posteriormente desmantelado no período da ditadura de Pinochet. Predominam na região sistemas segmentados com a presença de diversos subsistemas responsáveis pela atenção de diferentes grupos populacionais com distintas regras de financiamento, de afiliação, acesso à atenção e rede de serviços, determinados por seu nível de renda e posição social. Em geral, estão constituídos: um setor de seguro social para a população inserida no mercado formal de trabalho; um setor público que cobre seletivamente populações muito pobres; e um setor privado acessado por meio de seguros privados ou pagamento direto pela população de maior renda. Recentemente, como no caso do Brasil, reformas em alguns países têm buscado a universalização.

Definindo sistemas de saúde

De acordo com as características tratadas até aqui, pode-se perceber que adotamos uma visão abrangente de sistema de saúde, relacionando-o com o desenvolvimento da proteção social e, portanto, com condições econômicas e políticas dessa proteção em diferentes momentos históricos e diferentes situações nacionais. Como mencionado, baseamo-nos da definição de sistema de saúde como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população.

Essa definição busca tratar os sistemas de saúde como sistemas complexos e inseridos nas relações sociais de uma dada sociedade. Por ser muito abrangente, pode dificultar a seleção de o quê estudar e como, já que os estudos de sistemas estão muito próximos dos estudos de políticas e de serviços. Assim, é necessário estabelecer algumas fronteiras para os sistemas de saúde, explicar quais são seus componentes e como eles funcionam, ou seja, a sua dinâmica.

Para definir os componentes dos sistemas de saúde, pode-se dar mais ênfase à sua estrutura (recursos e rede de serviços, por exemplo) ou à organização dos serviços (relação entre os diversos níveis de atenção). Da mesma forma, quando se analisa sua dinâmica,

pode-se priorizar o financiamento (quem paga o quê e como é pago), a regulação (regras de funcionamento e responsabilidades dos setores público e privado), os comportamentos e interesses de um ou mais atores do sistema (profissionais e agências, por exemplo).

Estudos de sistemas, de políticas e de serviços de saúde

Os estudos de sistemas de saúde têm muita proximidade com as análises de políticas e serviços de saúde. Na verdade, essas áreas se encontram e usam recursos disciplinares próximos, como a epidemiologia, a economia, as ciências sociais e humanas, a ciência política, a administração etc. Essa interação é positiva e deve ser estimulada porque auxilia muito o conhecimento dos sistemas de saúde. Mas há que distingui-las.

Como visto no capítulo 2, as análises da política de saúde priorizam as relações políticas e institucionais entre os atores da área de saúde. Lá são enfatizados os distintos interesses, projetos e estratégias de ação dos atores e organizações, assim como seus efeitos sobre os sistemas. São menos importantes a rede e a prestação de serviços, a estrutura de atenção, os programas etc. Por exemplo, um estudo sobre a composição partidária da bancada parlamentar da saúde no Congresso Nacional e suas propostas é certamente um estudo de política de saúde, mas não é um estudo de sistema de saúde. O mesmo vale para um estudo sobre o processo de formulação de uma lei de patentes, por exemplo.

Também há distinção entre estudos de sistemas de saúde e estudos sobre os sistemas de serviços de saúde. O sistema de serviços de saúde é uma das partes do sistema de saúde e pode ser caracterizado como o conjunto de organizações responsáveis pelas ações e pelos serviços dirigidos à prevenção, à recuperação e à promoção à saúde de uma dada população.

Os estudos sobre os serviços de saúde priorizam o conhecimento dos efeitos das ações das instituições prestadoras de serviços de saúde. Mas nem todos os estudos feitos sobre os serviços podem ser considerados estudos de sistemas. Por exemplo, muitos têm aprofundado o conhecimento sobre comportamentos e atitudes de pacientes diante de processos terapêuticos diversos, com o intuito de aproximar os serviços das situações concretas de vida dos indivíduos e assim alcançar resultados mais eficazes e humanizados. Esses estudos são importantes para a melhoria dos serviços, mas não são, a rigor, estudos sobre o sistema de serviços de saúde. O enfoque não é o serviço em si ou sua dinâmica, mas sim a demonstração de como a reação a uma dada terapia afeta os indivíduos e pode indicar alterações nos serviços.

Embora os estudos possam diferir no enfoque e na hierarquia dada aos elementos dos sistemas de saúde, há hoje um razoável consenso sobre quais são seus componentes. A separação a que recorremos entre os componentes e a dinâmica dos sistemas visa a distinguir a estrutura dos sistemas de seu funcionamento. Para tratá-los, usamos em especial os trabalhos de Roemer (1985, 1991), Evans (1981), Hurst (1991a, 1991b), Kleczkowski, Roemer e Van der Werff (1984), da Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD, 1992), de Docteur e Oxley (2003) e publicações diversas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007a, 2007b, 2008). São trabalhos que se dedicam a análises abrangentes de sistemas de saúde de vários países, por isso utilizam tipologias que incorporam uma grande gama de componentes.

Para efeito didático, vamos apresentar separadamente os componentes dos sistemas e posteriormente trataremos de sua dinâmica.

Componentes dos sistemas de saúde

Os principais componentes dos sistemas de saúde são a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações. A cobertura é o componente mais importante de qualquer sistema de saúde. Se o objetivo dos sistemas é zelar pela saúde dos cidadãos, deve-se saber quem é coberto, por quem e para quê. Financiamento, força de trabalho, rede de serviços, insumos e tecnologia são os recursos materiais e humanos disponíveis para o funcionamento da atenção à saúde, ou seja, profissionais, instalações, equipamentos, insumos e dinheiro incorporados na operação do sistema de saúde. As organizações são as agências – públicas e privadas – responsáveis pelas funções dos sistemas de saúde.

Cobertura populacional e catálogo de benefícios e ações de saúde

A cobertura pode ser tanto de pessoas – cidadãos de um determinado país – quanto de serviços. A cobertura de cidadãos diz respeito à garantia do acesso da população às ações e aos serviços de saúde. A cobertura de serviços diz respeito à amplitude dos serviços oferecidos: conjunto de ações e serviços aos quais a população tem acesso.

A cobertura populacional pode ser universal ou segmentada. Ela é universal quando toda a população de um país tem acesso garantido à atenção à saúde independentemente de qualquer critério econômico ou social. A cobertura é segmentada quando o acesso à atenção à saúde é diferenciado por grupos populacionais, dependendo de alguma condição, seja a renda, seja a etnia ou a posição profissional.

A amplitude da cobertura de serviços aos cidadãos de um sistema de saúde é dependente do modelo de proteção social à saúde predominante no país. Os sistemas mais completos e abrangentes na cobertura são os sistemas públicos universais, em que o acesso é irrestrito a toda a população e são cobertas desde ações coletivas até ações de assistência médica em todos os níveis para toda a população, independentemente de seu nível de renda. São os sistemas dos países que seguem o modelo beveridgiano, tratado anteriormente e no primeiro capítulo.

No modelo bismarckiano, ou de seguro social, nos seus primórdios, eram cobertas apenas determinadas profissões; posteriormente, nos países europeus, a cobertura populacional foi universalizada. Atualmente, os países europeus com modelo de seguro social cobrem mais de 90% da população, persistindo apenas traços de segmentação na cobertura de serviços de assistência médica. Na América Latina, a maioria dos países ainda apresenta sistemas segmentados, tanto na cobertura populacional quanto na cobertura de serviços, e parcelas importantes da população ainda não são cobertas, são excluídas da proteção social em saúde. Tais sistemas em geral são compostos de subsistemas diferentes para segmentos distintos da população. Na Argentina, por exemplo, convivem três subsistemas: um subsistema de seguros sociais (Obras Sociales) dirigido aos trabalhadores do setor formal e financiado com contribuições sociais de empregadores e trabalhadores; um subsistema estatal, com catálogo de serviços mais restrito, financiado com recursos orçamentários da União, províncias e municípios; e um subsistema privado com acesso mediante a compra de planos de saúde ou pagamento direto.

Mesmo sistemas universais podem ter um subsistema com acesso restrito a determinado segmento de cidadãos – em geral uma parcela da população que pode pagar planos ou seguros privados de saúde, ou que paga diretamente pelos serviços que usa. Mas, na maioria dos sistemas universais e seguros sociais europeus, essa parcela é muito pequena (menos de 10% da população). O Brasil é exceção. Aqui, há um amplo subsistema público universal e integral, que deve cobrir toda a população e todas as ações coletivas e individuais. Mas há também um importante subsistema privado que cobre somente a população que tem planos de saúde, e a cobertura de serviços depende dos contratos estabelecidos.

Financiamento

O financiamento como componente do sistema diz respeito aos recursos econômicos disponíveis para a atenção à saúde, ou seja, os recursos que 'sustentam' o sistema. No Brasil, tratamos como financiamento tanto os recursos que sustentam o sistema, ou seja, os recursos que 'entram', como a forma como esses recursos são distribuídos e gastos em seu interior, ou seja, a alocação de recursos. A ênfase a essa distinção é importante porque a procedência dos recursos que sustentam o sistema é diferente de como esses recursos são gastos em seu interior. O financiamento dos sistemas depende de pactos sociais de mais longo prazo e envolve decisões de toda a sociedade. Já a alocação de recursos é uma função interna dos sistemas, bem mais dinâmica, que depende mais das decisões tomadas pelos atores e organizações ligados a ele.

Tratamos neste item do financiamento geral dos sistemas e mais à frente trataremos da alocação de recursos.

O financiamento dos sistemas é um componente estratégico para atingir os objetivos de proteger e melhorar a saúde dos cidadãos. As experiências dos países demonstram que, quanto mais público e solidário for o financiamento dos sistemas, mais ele atenderá a esses objetivos.

O financiamento de um sistema de saúde pode ser público ou privado. O financiamento público é proveniente de tributos pagos pela sociedade e inclui os impostos diretos, indiretos e as contribuições da seguridade social (contribuições proporcionais aos salários, ou, como temos no Brasil, sobre o lucro e o faturamento das empresas). As receitas públicas são de arrecadação obrigatória e administradas pelo governo, seja no nível central, seja no estadual ou no municipal. Os recursos privados são aqueles pagos diretamente pelas famílias, empresas e indivíduos e são chamados de voluntários.

Observe que tanto os recursos públicos quanto os privados são pagos pela sociedade – empresas, famílias e indivíduos. A diferença é que os recursos públicos são de arrecadação compulsória e destinam-se ao conjunto da população. Já os recursos privados não têm nenhum compromisso solidário. Ao pagarmos por uma cirurgia ou uma consulta médica, esse pagamento é considerado um recurso aplicado em saúde, mas sua utilização é privada, e o acesso ou não a determinado serviço vai depender da capacidade de compra de cada um. Da mesma forma, as empresas, quando pagam pelo plano de saúde de seus empregados, estão dirigindo seus recursos para um grupo específico.

Já os recursos arrecadados pelo setor público devem ser aplicados em políticas e serviços destinados à população, que então poderá ter acesso aos serviços conforme suas necessidades, independentemente da disponibilidade financeira de cada um.

Como vimos nos modelos de proteção social em saúde, abordados anteriormente, e como se analisará em detalhes no capítulo 13, o modelo de financiamento dos sistemas influencia o seu desempenho. Os sistemas de saúde universais (modelo beveridgiano) privilegiam os recursos de base solidária, provenientes de impostos gerais. Os sistemas baseados no modelo de seguro social (bismarckiano) apoiam-se em contribuições sobre os salários e sua solidariedade é relativa àqueles que contribuem e são cobertos, deixando excluída parte da população. Já os modelos residuais têm financiamento público apenas para uma parcela muito pobre da população, sendo os sistemas financiados principalmente por recursos privados.

Como você verá no capítulo 14, um problema grave é o uso de recursos públicos para o financiamento privado. Por exemplo, quando o governo autoriza o desconto no Imposto de Renda de parte do pagamento que indivíduos e famílias fazem a seus planos de saúde, ele está subsidiando os planos privados das famílias. Essa é discussão importante a ser enfrentada no financiamento do sistema de saúde brasileiro porque se, por um lado, as pessoas concordam com esse desconto, alegando que pagam planos porque o SUS não funciona satisfatoriamente, por outro o desconto dado a essa parcela da população recai sobre o conjunto que paga tributos. Mais razoável seria, em vez de subsidiar os planos, utilizar tais recursos na melhoria dos serviços do SUS.

O SUS é financiado por recursos públicos – impostos e contribuições sociais. Ele fornece atenção à saúde universal a toda a população. Saiba mais sobre financiamento no capítulo 13.

Força de trabalho

São os profissionais e técnicos que desenvolvem atividades na atenção à saúde, incluindo-se médicos, enfermeiras, sanitaristas, profissionais das vigilâncias sanitárias, agentes de saúde, farmacêuticos e laboratoristas, entre outros. Com a complexidade cada vez maior das tecnologias em saúde, paralelamente à expansão da noção de saúde para além da cura e do tratamento de doenças, hoje há uma infinidade de profissionais responsáveis por determinadas técnicas e exames, como também há diversas outras profissões fundamentais para o funcionamento dos sistemas, como psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais etc. Há também uma complexa rede de administradores, técnicos especialistas em gestão de saúde nos setores público e privado que, embora não exerçam funções diretamente ligadas aos pacientes, participam dos sistemas de saúde.

Roemer (1991) inclui como força de trabalho (recursos humanos) dos sistemas de saúde as atividades exercidas por curandeiros e parteiras. Em alguns países, esses práticos fazem inclusive parte dos sistemas oficiais de serviços de saúde. Mas, na maioria, praticam suas atividades de forma independente e podem mesmo vê-las proibidas em outros países.

A força de trabalho não pode ser vista apenas como recurso estático. Os profissionais têm interesses, organizam-se em corporações, sindicatos e instituições e têm muito poder de influência na condução dos sistemas. Organizados, eles podem manter um espaço de autonomia e também de delimitação de seu mercado de atuação. Obviamente, as profissões centrais na atenção à saúde, como os médicos, têm maior poder de organização e influência. Procuram conduzir a prática das demais profissões e em geral ocupam as posições centrais na organização dos sistemas. A capacidade de influência das corporações vai depender muito de quanto o Estado interfere na regulação do sistema de saúde.

A estrutura e a organização da força de trabalho em saúde têm estreita ligação com a formação profissional. Na maioria dos países, a área de formação em saúde não é atribuição direta dos sistemas de saúde, mas das estruturas educacionais. Porém, todos os sistemas têm, em maior ou menor grau, interferência sobre essa formação por meio da regulação sobre os serviços e práticas assistenciais.

Você pode saber mais sobre as características da força de trabalho em saúde nos capítulos 9 e 29.

Para refletir
Você é um profissional de saúde? Sua profissão está organizada em associação, sindicato? Como sua profissão se posiciona em relação aos objetivos do SUS?

Rede de serviços

Os serviços de atenção à saúde podem ser divididos em serviços coletivos e serviços de assistência médica.

Os serviços coletivos são todos aqueles que se dirigem à prevenção, à promoção e ao controle de ações que têm impacto sobre o conjunto da população. Entre estes se destacam a vigilância epidemiológica, analisada no capítulo 22; os serviços de vigilância sanitária, abordados no capítulo 23; e o controle ambiental, tratado no capítulo 35. Dependendo da ação, esses serviços podem ser prestados pela própria rede de assistência médica (caso mais comum da imunização) ou podem estar sob a responsabilidade de organizações específicas (como um órgão de controle do meio ambiente ou uma agência para a vigilância sanitária, por exemplo).

A rede de serviços de assistência individual também pode mudar de acordo com o sistema. Mesmo sendo diferentes a forma de organização, a estrutura e a extensão desses serviços, podemos dizer que todos os sistemas possuem serviços ambulatoriais (atenção básica/atenção primária, clínicas especializadas, exames e procedimentos sem internação), hospitalares, de atenção a doenças específicas (como hospitais ou serviços para doença mental) e de atenção de longa duração (idosos com perda de autonomia, deficientes graves, por exemplo). Isso ocorre em espaço público ou privado.

Em parte dos sistemas, os serviços são organizados em níveis de atenção de acordo com a complexidade da assistência e da tecnologia empregada, o que orienta as práticas adotadas, a inserção dos profissionais e a relação com outros serviços. Assim, na maior parte dos sistemas, é possível identificar na rede de assistência médico-sanitária uma rede básica ou primária e uma rede especializada.

Em geral, os sistemas universais dão ênfase à atenção básica e à prevenção; por isso, são sistemas que alcançam melhores resultados e condições de saúde com menos recursos. Em oposição, nos sistemas segmentados ou onde prevalece o setor privado de assistência médica, observa-se mais a atenção especializada; são também mais custosos e atingem níveis de saúde piores que aqueles dos sistemas universais.

Para refletir
Como está organizado o SUS em sua cidade?

Insumos

Os insumos são todos os tipos de recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde. Incluem equipamentos, medicamentos e suprimento para exames diagnósticos.

A maioria dos sistemas de saúde tem pouca interferência sobre a produção de insumos, em geral sob controle de indústrias multinacionais privadas, o que faz desta uma área de muitos conflitos. A indústria tem interesse em vender mais e mais produtos, nem sempre de eficiência comprovada, e usa os profissionais como intermediários privilegiados para isso. Por sua vez, os sistemas dos países pobres têm muita dificuldade em manter a provisão regular desses insumos, o que afeta diretamente as condições de saúde da população. Outro

Um dilema que atravessa o mundo diz respeito aos medicamentos para o combate à Aids. Veja no capítulo 31.

Para aprofundar o tema dos medicamentos, leia o capítulo 21.

problema importante é a distribuição de insumos no interior dos sistemas. As regiões mais ricas têm em geral maior disponibilidade de insumos, muitas vezes muito além do necessário, enquanto outras padecem dos recursos mais elementares.

Os sistemas mais avançados têm regulação mais rigorosa sobre a utilização de insumos nos sistemas de saúde. Para isso, adotam protocolos de serviços, o que limita o uso indiscriminado de exames e medicamentos, permitindo maior racionalidade na utilização e distribuição de insumos necessários à atenção à saúde.

Tecnologia e conhecimento

A tecnologia e o conhecimento em saúde são dois temas de grande relevância para a melhoria das condições de saúde das populações, por discutir as alternativas e soluções de novas técnicas, práticas, procedimentos e insumos que permitem prevenir e combater os males da saúde. Assim como os insumos, área com que está diretamente relacionada, o campo da tecnologia e a produção de conhecimento em saúde são distribuídos de forma muito desigual entre países e fortemente controlados pela indústria dos países avançados. Por isso, os sistemas podem ter pouca interferência na definição de prioridades, principalmente quando se trata de países mais pobres.

Também nessa área, os sistemas universais costumam ter desempenho melhor, pois objetivam construir e manter políticas públicas unificadas de produção, difusão de conhecimento e novas tecnologias.

Insumos, tecnologia e, em grande medida, também o conhecimento estão associados ao que se denomina complexo industrial da saúde, que inclui as indústrias farmacêutica, de vacinas, de equipamentos médicos, de reagentes para diagnóstico e hemoderivados e se relaciona com os prestadores de serviços de saúde. Esse complexo, mais do que um conjunto de atividades industriais relacionadas entre si, tem especificidades importantes, já que, por um lado, é regido por regras eminentemente capitalistas, e por outro atua em uma área singular da prestação de serviços, que é a área de saúde.

No que toca à produção e geração de conhecimento, é importante chamar a atenção para a existência de um conjunto de saberes que não são do campo científico, mas atuam e interferem constantemente na atenção à saúde. Esses saberes são produto de práticas, tradicionais ou não, transmitidas pela cultura e difundidas nas relações sociais e comunitárias. As estruturas participativas têm grande importância na produção e difusão de conhecimento não só sobre práticas de saúde, como também de experiências de uso dos serviços de saúde.

Aprenda mais sobre o complexo industrial da saúde no capítulo 7 e sobre tecnologia e conhecimento no capítulo 8.

Organizações

As organizações são as estruturas responsáveis pela condução, regulação, gestão e administração dos sistemas de serviços de saúde.

Todos os sistemas, mesmo os mais privatizados ou mais frágeis na presença do Estado (como alguns países africanos muito pobres, onde os serviços de saúde são quase inexistentes e dependem das agências de ajuda internacional), dispõem de organizações públicas responsáveis pelas ações de saúde. No mínimo, respondem por ações de controle de fronteiras, vigilância sanitária e epidemiológica. A maioria possui organizações nacionais públicas responsáveis pelas atribuições centrais da atenção à saúde, mesmo que associadas

a outras áreas. E como as atribuições dos sistemas são muitas e cada vez mais complexas, mesmo nos sistemas mais unificados, com administrações centralizadas, diversificam-se suas funções em mais de uma organização. O que importa para a efetividade de um sistema, na garantia de condições cada vez melhores de saúde para a população, é menos a diversidade de organizações e mais como elas se relacionam e em que medida são capazes de operar no sentido dessa efetividade.

Com base em Roemer (1991) e Kleczkowski, Roemer e Van der Werff (1984), destacam-se as principais organizações presentes nos sistemas de saúde, ressaltando que a existência, a abrangência e a importância mudam de acordo com o país:

- Ministérios, departamentos e secretarias de Saúde – há geralmente subdivisões quanto às atividades preventivas e curativas e diferentes níveis de atenção, formação e administração da força de trabalho, além de uma série de atividades como planejamento, regulação, relações internacionais, relações com outros níveis de governo etc. O papel e a abrangência dos ministérios dependem da estrutura federativa dos países. Em países descentralizados, e dependendo da autonomia dos entes federados, estes podem ter estruturas similares aos ministérios nacionais.

- Institutos de previdência social – em muitos países, as organizações de previdência social atuam diretamente nas funções de saúde, pois são responsáveis por parte importante da cobertura de assistência médica da população trabalhadora na forma de seguros sociais.

- Outros ministérios – diversos órgãos da estrutura estatal exercem atividades ou ações de saúde, como os ministérios do Trabalho, da Educação, da Agricultura, entre outros. Destaque em especial têm os ministérios de Seguridade ou Bem-Estar Social, que em muitos países possuem atribuições de assistência social diretamente ligadas à saúde, como os serviços continuados para idosos e deficientes.

- Organizações voluntárias – associações não governamentais ou filantrópicas dirigidas à prestação direta de serviços ou apoio a determinados segmentos ou doenças. Exemplos são os Alcoólicos Anônimos, a Cruz Vermelha e a entidade brasileira Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa).

- Associações funcionais e sindicatos de profissionais de saúde – Roemer (1991) inclui associações profissionais e sindicatos na categoria de organizações voluntárias. Contudo, na estrutura dos sistemas, essas associações não têm caráter voluntário, pois em geral têm atribuições de regulação e interferem de maneira significativa na gestão do sistema. Junto às associações e aos sindicatos podem ser incluídas as associações de gestores do caso brasileiro, como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

- Agências reguladoras – com as reformas dos sistemas de saúde, muitos países incluíram em seus sistemas agências autônomas responsáveis, principalmente, por atividades de regulação de determinados setores ou funções da saúde. No Brasil, são exemplos a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

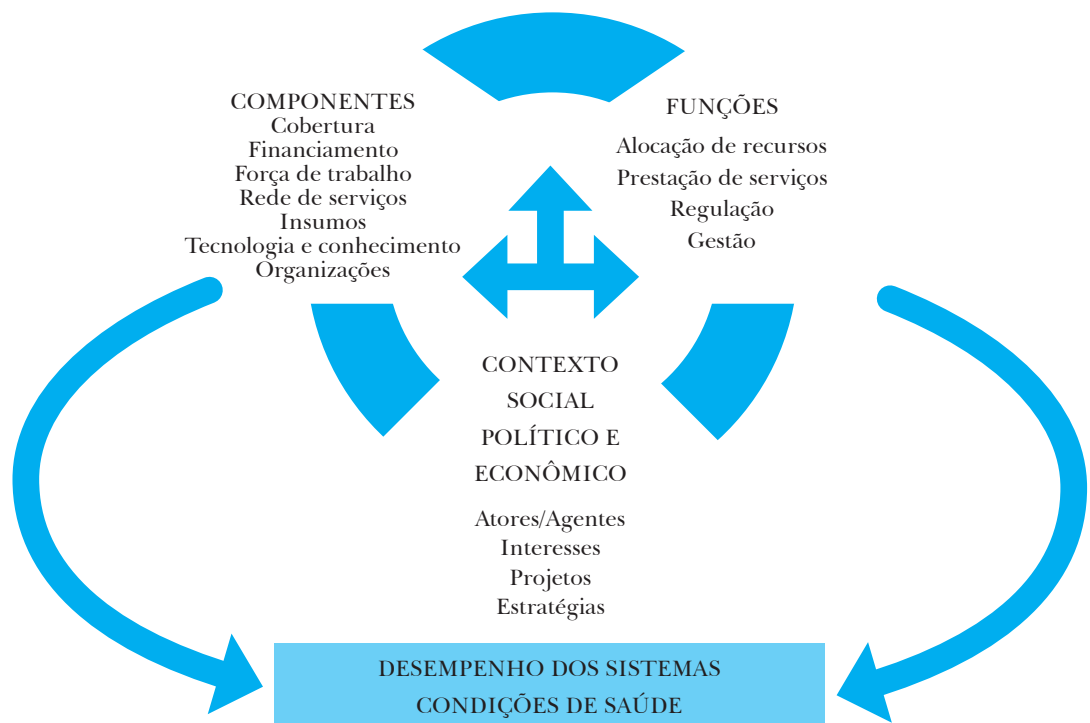
- Empresas – organizações privadas que prestam serviços de saúde, restritos a seus empregados, contratadas pelo setor público ou abertas para o público.

> **Para refletir**
> Após conhecer os componentes dos sistemas de saúde, faça o exercício de pensar os componentes do sistema de saúde brasileiro.

Dinâmica dos sistemas de saúde

A dinâmica dos sistemas de saúde pode ser caracterizada por funções e relações que se estabelecem entre seus componentes, resultam em políticas, ações e serviços prestados, determinam o desempenho dos sistemas e contribuem para os resultados – negativos ou positivos – nas condições de saúde da população.

São quatro as funções principais dos sistemas de saúde – a alocação de recursos, a prestação de serviços, a gestão e a regulação. Essas funções são desenvolvidas a partir de relações políticas e econômicas que se manifestam por meio dos interesses dos agentes e atores envolvidos direta ou indiretamente com os sistemas de saúde. Assim, podemos pensar em um esquema em que os componentes do sistema são intermediados pelas funções principais do sistema e por relações econômicas e políticas (Figura 1).

Figura 1 – Dinâmica dos sistemas de saúde

Alocação de recursos

A alocação de recursos diz respeito às relações entre entes financiadores e prestadores de serviços de saúde nos sistemas. Como vimos quando tratamos dos componentes dos sistemas, há uma diferença entre os recursos que sustentam os sistemas – o financiamento – e a forma como esse financiamento é distribuído no interior deles: a alocação de recursos. O conceito de alocação de recursos é bastante abrangente e envolve desde a alocação de recursos financeiros por áreas geográficas até os métodos utilizados para definir o custeio de unidades assistenciais e a compra de serviços, quando adota a denominação de modos de pagamento ou formas de remuneração de serviços.

As principais fontes de recursos financeiros dos sistemas de saúde são impostos gerais (modelo beveridgiano de sistemas de saúde universais), contribuições sociais sobre os salários (modelo bismarckiano de seguros sociais) e recursos privados (seguros, planos de saúde privados e pagamentos diretos de serviços).

Seja o sistema financiado com impostos gerais, seja por meio de contribuições sociais ou com recursos privados, devemos perguntar: como esses recursos são distribuídos no interior do sistema? Quem paga os serviços? Como são pagos os hospitais? E os médicos?

Trata-se aqui de conhecer como os recursos são distribuídos geograficamente entre regiões, entre entes governamentais ou estados, entre setores de atenção, entre serviços coletivos e individuais, entre investimentos e custeio, por exemplo; e também de saber como se pagam os serviços: por unidades de serviço prestado, salário, orçamento, *per capita*, pagamento prospectivo. O conceito de alocação de recursos é bastante abrangente e envolve desde os métodos utilizados para definir o custeio e a compra de serviços, quando adota a denominação de sistemas de pagamento, até a alocação de recursos financeiros por áreas geográficas. No capítulo 13, são abordadas diferentes formas de alocação geográfica dos recursos e é analisada sua potencialidade para o alcance de distribuições mais equitativas. Aqui apresentamos as principais formas de remuneração de serviços:

No capítulo 13, sobre financiamento, você pode saber mais sobre a alocação regional de recursos e sua relação com a equidade.

- Orçamento: é a forma tradicional de financiamento de hospitais públicos. Os prestadores de serviços recebem um montante de recursos (em geral anual) para cobrir todos os gastos e executar os serviços. Esses orçamentos, em geral, baseiam-se em séries históricas de gastos realizados em anos anteriores. Os hospitais públicos no Brasil eram financiados dessa forma até o início da década de 1990.

- Pagamentos prospectivos: são aqueles realizados segundo o tipo de diagnóstico e o tratamento correspondente, com base em uma lista que classifica por grupos (Diagnosis-related groups – DRG). No Brasil, esta é a forma usada pelo SUS para pagamento de internações em hospitais públicos e privados e denomina-se Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

- *Per capita*: como o nome diz, são os pagamentos baseados no quantitativo de pessoas adscritas a um determinado prestador. No sistema de saúde inglês, por exemplo, os médicos generalistas recebem uma quantia fixa por pessoa registrada em seu consultório, independentemente de a pessoa ter utilizado o serviço no período. O prestador recebe para manter o serviço disponível para as pessoas sob sua responsabilidade. No Brasil, a legislação do SUS prevê o critério *per capita* para transferências financeiras

entre governos federal, estadual e municipal. Atualmente, o critério é usado somente para a transferência de recursos para a atenção básica nos municípios. O Piso de Atenção Básica (PAB) é um valor *per capita*, e cada município recebe esse valor multiplicado pelo número de habitantes que possui (segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE).

- Unidades de serviço (*fee for service*): cada elemento do procedimento ou da intervenção médica é contado separadamente e para cada um há um valor. Essa forma é muito pouco utilizada nos sistemas universais, mas continua sendo a de maior uso entre os planos privados de saúde. Esses valores são acordados previamente, mas como é muito difícil controlar a quantidade de serviços e interessa ao prestador dispor deles cada vez mais para aumentar o ganho, é considerada uma forma muito custosa de pagamento de serviços de saúde.
- Salários: para os prestadores individuais, profissionais de saúde, há também o pagamento por salários, mais comum nos sistemas públicos e quando o financiamento do estabelecimento é por orçamento.

Aprofunde o conhecimento sobre financiamento e alocação de recursos do SUS no capítulo 13.

Unidades de serviço e Autorização de Internação Hospitalar

Um exemplo de como as formas de pagamento a prestadores podem influenciar o desempenho dos serviços ocorre no sistema de saúde brasileiro. Antes da vigência do SUS, quando os serviços públicos de saúde eram dirigidos pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o pagamento aos prestadores privados contratados era feito por unidades de serviço, no qual cada elemento do procedimento ou da intervenção dos médicos era contado separadamente (como é ainda hoje com os planos privados de saúde).

Essa forma de pagamento gera superprodução de procedimentos, já que os ganhos dos profissionais, clínicas e hospitais é tanto maior quanto mais procedimentos usam ou indicam. A consequência é o alto custo dos serviços e a baixa capacidade de controle (com a possibilidade de muitas fraudes, como de fato ocorreu na época). Isso compromete os serviços, já que são valorizados os procedimentos cujas unidades de serviço são mais bem pagas. Essa lógica também desvaloriza a prevenção e a promoção em saúde e estimula a população a pensar o atendimento médico como sinônimo de exames e intervenções, o que pode comprometer sua própria saúde.

Ainda sob a vigência do Inamps, a unidade de serviços foi substituída pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Ainda hoje utilizada para o pagamento de internações, fixa um valor para cada grupo de diagnósticos, prevendo já um conjunto de procedimentos a ele relacionados.

Modelo de atenção à saúde diz respeito a combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas. Assim, um modelo de atenção é a lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde, como ensina Jairnilson Paim no capítulo 15.

Prestação de serviços

A prestação de serviços é um dos objetivos de todo sistema de saúde, e obviamente serviços melhores implicam melhor desempenho dos sistemas e melhores condições de saúde das populações. Melhores serviços têm a ver com uma estrutura bem organizada, na qual os diversos níveis de atenção estão conectados e funcionam em harmonia, tendo, como fio condutor, as necessidades coletivas e individuais. Mas uma boa prestação também depende de quais serviços são prestados, ou seja, a abrangência deles, assim como o modelo de atenção à saúde adotado.

Existem várias formas de classificar a prestação de serviços, porém a mais comum diz respeito à complexidade da atenção, dividindo-a em serviços primários, secundários e terciários. Neste livro, classificamos os serviços como serviços de atenção básica/primária, ambulatorial especializada e hospitalar.

Os sistemas também podem possuir serviços específicos para doenças crônicas ou de tratamento continuado que requerem ações nos três níveis de atenção. Outros serviços imprescindíveis nos sistemas de saúde são aqueles de caráter coletivo, como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, que visam à prevenção e ao controle de riscos e de doenças.

Uma importante noção hoje difundida é a da vigilância à saúde, como analisada no capítulo 15 sobre modelos de atenção. Diferentemente da vigilância epidemiológica tradicional, ela visa a relacionar oferta e demanda de serviços, necessidades e problemas em saúde contemplando o território, as condições e os modos de vida, em que as ações de prevenção e controle são realizadas de forma contínua, com foco dirigido para resultados específicos. O Brasil tem hoje um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) que inclui a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, de doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, e também a saúde do trabalhador e a vigilância ambiental.

As ações de promoção da saúde também fazem parte dos serviços de saúde, embora não se restrinjam a eles e, em geral, ultrapassem as fronteiras dos sistemas de saúde. A promoção da saúde está tomando importância na configuração dos sistemas de saúde, já que hoje é consensual a ideia de que a maioria dos agravos pode ser evitada por meio de práticas e intervenções que se antecipam aos fatores geradores desses agravos.

A oferta de medicamentos é outro elemento importante da prestação de serviços e, embora se realize nos distintos níveis de atenção, tem características particulares que fazem com que, em geral, esteja a cargo de setores específicos dentro da estrutura organizacional dos sistemas. Você verá, nos outros capítulos deste livro, as características de cada um desses níveis de atenção e dos demais serviços de saúde.

Como se pode observar, a função prestação de serviços se realiza na rede de serviços, que é um dos componentes do sistema, por isso sua caracterização é muito similar à da própria rede. A diferença entre a rede como componente do sistema e a prestação de serviços é que a rede corresponde à estrutura disponível para a realização de serviços, e a prestação trata de como eles são prestados: se de forma mais ou menos integrada, mais ou menos centralizada, com predominância sobre a prevenção ou a cura etc.

Os sistemas universais tendem a conduzir a prestação de serviços de forma mais integrada entre os diferentes níveis de atenção, mesmo que ela seja mais ou menos centralizada. Isso porque são em geral sistemas únicos, financiados com recursos fiscais, e a rede é majoritariamente pública. Os sistemas segmentados tendem a conduzir a prestação de forma menos integrada, e os serviços podem inclusive se sobrepor, já que são limitados aos filiados a cada segmento.

Gestão

Gestão é a função de conduzir e dirigir os sistemas de saúde. Inclui formular políticas, planejar, financiar e contratar serviços, organizar e estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações. Os gestores têm papel

cada vez mais relevante nos sistemas, porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, sejam profissionais ou empresas.

Em países de sistemas descentralizados e integrados como o Brasil, a gestão do sistema de saúde requer a interação constante com os outros níveis de governo para cumprir as diretrizes comuns, e também um razoável nível de autonomia para a execução das responsabilidades locais. Considerando ainda a concepção ampliada de saúde do SUS, a gestão local precisa articular políticas intersetoriais para executar ações que alcancem impacto nas condições de saúde.

Os gestores são também importantes na articulação política com os diversos atores sociais: movimentos sociais, corporações, associações profissionais e instâncias de controle social. Nesse sentido, a gestão em saúde é muito mais do que uma função administrativa, é também política.

Um dos elementos fundamentais da gestão é a informação. A informação em saúde ampara as decisões de gestão ao fornecer conhecimento sobre a realidade sociossanitária e epidemiológica de uma dada população. Mais do que isso, um sistema de saúde requer também um conjunto de informações financeiras e gerenciais que garantam sua governabilidade e possam contribuir para a transparência e a efetividade das ações e dos serviços.

O Brasil conta hoje com uma estrutura bastante ampla de informação em saúde, com várias bases de dados nacionais, dentre as quais se destacam as bases sobre mortalidade, nascidos vivos, agravos e notificações (apresentadas e utilizadas no capítulo 5 sobre condições de saúde), além de bases gerenciais como a de investimentos e orçamentos públicos. Contudo, apesar da amplitude e abrangência dessa estrutura de informação, ela ainda é pouco utilizada para qualificar a gestão, em especial nos estados e municípios, com acúmulo de dados com pouca transformação em informações que subsidiem a tomada de decisão (Carvalho, 2009).

Regulação

Regulação em saúde é um campo abrangente com diversas compreensões. Advindo da economia, em geral é entendido como a intervenção do Estado para alcançar a otimização na alocação e na distribuição dos recursos (Castro, 2002). Nos sistemas de saúde, a regulação se concretiza em mecanismos legais e normativos (normas técnicas e padrões) que regem a relação entre os componentes dos sistemas de saúde e envolve também a proteção da saúde. Como você verá no capítulo 12 sobre o SUS, podemos distinguir a regulação no âmbito dos sistemas de saúde como: regulação sobre prestadores de serviços, regulação sanitária (controle e fiscalização de serviços e produtos com implicações para a saúde) e regulação dos mercados em saúde.

A complexidade cada vez maior dos sistemas de saúde, com crescimento dos custos, incorporação de novas tecnologias, diversificação profissional e concentração dos mercados, demanda regras que permitam a realização dos objetivos dos sistemas.

Embora sejam os governos os principais agentes de regulação, os mercados, os profissionais e os prestadores possuem também mecanismos próprios de regulação, que nem sempre se coadunam com aqueles estabelecidos pela regulação estatal. E nem sempre é eficaz a criação de normas, tampouco a punição para quem não as cumpre. Os mecanismos

de punição são intrínsecos à regulação, mas a capacidade de fazer valer as regras será maior quanto menos a punição for necessária. Por isso, já se usa uma denominação para o que seria o equilíbrio da regulação: 'capacidade governativa' ou 'governança'.

Nos sistemas públicos que contratam serviços privados, um dos elementos mais importantes e complexos da regulação é a contratualização dos serviços, ou seja, regras para aceitação dos prestadores, execução dos serviços, desempenho e avaliação. Esse tipo de regulação envolve custos altos, porque os contratos são de difícil elaboração, implementação e acompanhamento.

O 'tamanho' da regulação estatal dependerá do papel do Estado no sistema. Sistemas nos quais o setor privado predomina precisam de maior regulação do mercado, pois apresentam muitos problemas. A dinâmica de mercado nos sistemas privatizados é em geral bastante predatória porque, enquanto as empresas de planos e de seguros privados em competição baseiam seus lucros no controle sobre a utilização de serviços, os serviços de saúde e os profissionais auferem seus ganhos e lucros no sentido contrário, ou seja, na prestação de mais e mais serviços. Na ausência de forte regulação com sanções correspondentes, os usuários têm o acesso restringido ou podem sofrer intervenções desnecessárias. É o que ocorre no caso dos Estados Unidos, onde hoje há conflitos intensos por arranjos de regulação que favoreçam um ou outro lado.

O Brasil também apresenta hoje problemas complexos de regulação dos serviços de saúde e dos mercados em saúde. Tal situação se verifica porque temos um sistema público universal, mas que depende largamente dos serviços privados lucrativos e filantrópicos para prestação, especialmente nos setores hospitalar e de apoio diagnóstico. Uma dificuldade é como incluir na regulação dos contratos a qualidade e a efetividade dos serviços contratados. Nossa pauta de contratos ainda se restringe ao quantitativo de serviços, sem critérios de acompanhamento e avaliação de resultados, o que compromete a atenção.

No entanto, a existência de um amplo setor privado sem relação contratual formal com o setor público gera conflitos na prestação de serviços e no financiamento, consequentemente com repercussões na saúde dos cidadãos. Como é discutido no capítulo 14, o mercado de planos privados de saúde também precisa ser regulado para garantir direitos dos consumidores.

No Quadro 2 apresenta-se um resumo dos componentes e funções dos sistemas de saúde.

Quadro 2 – Componentes e funções dos sistemas de saúde

Componentes dos sistemas de saúde	
Cobertura	Cobertura populacional – população coberta pelo sistema Cobertura de serviços – catálogo de benefícios e ações de saúde garantidos à população coberta
Financiamento	Recursos disponíveis para a atenção à saúde e que sustentam o sistema
Força de trabalho	Profissionais e técnicos que desenvolvem atividades nas organizações do sistema e na atenção à saúde
Rede de serviços	Conjunto de serviços de atenção à saúde (serviços coletivos e serviços de assistência médica individual)
Insumos	Recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde (equipamentos, medicamentos e suprimentos para exames diagnósticos)
Tecnologia e conhecimento	Conhecimento e produção de medicamentos, vacinas, equipamentos médicos, reagentes para diagnóstico e hemoderivados (complexo médico-industrial da saúde)
Organizações	Estruturas organizacionais responsáveis pela regulação, gestão e administração dos sistemas de saúde
Funções dos sistemas de saúde	
Alocação de recursos	Mecanismos e critérios de distribuição dos recursos financeiros no interior do sistema
Prestação de serviços	Modalidades de serviços prestados e como elas estão organizadas (modelos de atenção)
Gestão	Formulação de políticas, planejamento, financiamento, contratação de serviços, organização e estruturação da prestação de serviços e da rede, controle e avaliação das ações
Regulação	Mecanismos legais e normativos de condução dos sistemas de saúde (regulação sobre prestadores de serviços, regulação sanitária e regulação dos mercados em saúde)

Relações sociais e a dinâmica dos sistemas de saúde

Neste capítulo, procuramos expor a importância de considerar os sistemas como parte da dinâmica social. Ao mesmo tempo, alertamos para o fato de que o estudo dos sistemas de saúde requer o estabelecimento de fronteiras, sob pena de não aprofundarmos o conhecimento sobre eles. Ao tratar da dinâmica dos sistemas, destacamos que ela se caracteriza por funções e relações que se estabelecem entre seus componentes, resultam em políticas, ações e serviços prestados, determinam o desempenho dos sistemas e contribuem para os resultados – negativos ou positivos – nas condições de saúde da população.

Os componentes do sistema são formados por pessoas, grupos, instituições, corporações e empresas. Da mesma forma, as funções do sistema são exercidas por pessoas que têm interesses, expectativas e valores e defendem objetivos. Esses interesses, valores e objetivos podem estar mais ou menos organizados, apresentar mais ou menos caráter público, ser mais ou menos personalistas, mais ou menos corporativos. De qualquer forma, eles são interesses, valores e objetivos que circulam na arena política dos sistemas, e é por meio deles que as mudanças acontecem, consolidam-se ou não. Foi assim no processo de construção do SUS, como você verá no capítulo 11 sobre a história do SUS e da Reforma Sanitária.

Reconhecer a existência dessas relações políticas e incorporá-las ao estudo dos sistemas é identificar quem são os atores importantes no processo de decisão ou implementação de uma determinada diretriz do sistema; o que pensam, quais seus projetos, que recursos detêm, que estratégias adotam. As estratégias, por sua vez, são intermediadas por regras, explícitas ou não, que podem restringir a atuação desses atores. Assim, os médicos podem não conseguir exercer sua autonomia como gostariam, porque são regulamentados pelas normas de prestação de serviços. Por sua vez, as organizações responsáveis pela gestão ou regulação não podem ultrapassar determinados limites sobre a autonomia médica, pois dependem desses prestadores e podem comprometer a própria execução dos serviços. Nas democracias, os governos podem querer adotar medidas restritivas para as quais encontram resistência de setores da sociedade. Muitas vezes recuam de suas intenções para não comprometer sua representatividade e seu projeto de poder. No entanto, podem adotar medidas favoráveis ao bom desempenho dos sistemas, com o objetivo de ganhar a adesão da sociedade. Essas são estratégias legítimas e mecanismos importantes na análise dos sistemas de saúde.

Para cada componente ou função dos sistemas de saúde, há um conjunto de relações sociais que interferem em sua dinâmica. Os estudos de sistemas têm cada vez mais destinado atenção a esses aspectos. Embora sejam tradicionalmente elementos da análise política, é inegável sua presença na condução dos sistemas, daí a necessidade de que os estudos passem a incorporá-los como elementos inerentes à emergência, ao desenvolvimento e, por que não dizer, ao desempenho dos sistemas de saúde.

Desafios dos sistemas de saúde

A construção de sistemas públicos universais de saúde é central na busca por melhores condições de saúde e vida das populações. Essa construção, como processo histórico, está condicionada por lutas políticas, por movimentos sociais fortalecidos e sustentados em valores de solidariedade e justiça social.

Muitos sistemas de saúde passaram por mudanças e importantes constrangimentos nas três últimas décadas, como parte das chamadas ‘reformas em saúde voltadas para o mercado’, como é discutido no capítulo 25, sobre reformas de sistemas de saúde, e no capítulo 26, sobre políticas sociais na América Latina. Essas reformas foram consequência de políticas neoliberais, que visavam à reestruturação das economias capitalistas e pregavam a redução do papel do Estado no financiamento e na oferta direta de serviços de saúde.

A área social foi duramente atacada por essas reformas, que visavam a reduzir déficits fiscais e garantir recursos para pagamentos dos juros dos empréstimos internacionais por meio de cortes de gastos sociais apregoados como ‘ineficientes’ e eram ‘geradoras de dependência dos indivíduos e famílias à proteção do Estado’. As medidas adotadas pelos países foram mais ou menos radicais nos cortes de gastos e desmonte dos sistemas de proteção social, mas um elemento comum foi a introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, seja pela privatização de parte dos serviços, seja pelo aumento da participação dos cidadãos no financiamento da proteção e aumento de copagamentos no ato da utilização, seja ainda pela retirada de direitos antes garantidos. O objetivo que atravessou essas reformas foi o da ‘remercantilização’ dos bens sociais, ou seja, a submissão dos bens sociais a mecanismos de mercado.

Passada essa onda de reformas, o resultado não foi promissor para a melhoria das condições de saúde das populações, tendo se ampliado a pobreza e as desigualdades sociais. Hoje há uma renovação do movimento por maior participação dos Estados na proteção social e em saúde. Embora a crise mundial não aponte perspectivas promissoras para tal, há um razoável consenso dos agentes políticos e sociais em saúde de que a proteção à saúde é um elemento central na vida das nações. E, de novo, os sistemas de saúde se mostram como peças-chave. Reafirma-se que a proteção social em saúde tem melhor desempenho onde ela é pública, universal e prioriza modelos de atenção integrais e estruturados com base na atenção primária (OMS, 2008, 2010).

A defesa da universalidade sobrepõe-se assim às medidas difundidas nas reformas neoliberais de focar a intervenção governamental na atenção à saúde somente nos grupos muito pobres. Essa focalização segmenta a cobertura e empobrece a atenção à saúde, porque cria desigualdades no acesso – e sistemas construídos para todos, e acessados por todos, têm mais chance de ser equitativos.

Em 2005, a 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou uma resolução instando os países a promoverem cobertura universal e, em 2010, em seu relatório anual, discutiu o financiamento dos sistemas de saúde e apontou caminhos para a cobertura universal (OMS, 2010). No debate internacional, contudo, permanece dubiedade quanto ao significado da cobertura universal almejada. Universalidade pode ser entendida como: 1) atenção universal à saúde (*universal health care*), termo mais comumente utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta, principalmente europeus com sistemas públicos universais; 2) cobertura universal (*universal health coverage*), isto é, acesso a seguros de saúde (públicos ou privados); ou 3) cobertura por serviços básicos, termo mais utilizado para países de renda média e baixa (Stuckler *et al.*, 2010). Essas diferentes acepções da universalidade resultam em modelos de proteção social diversos e padrões de cidadania e de garantia do direito à saúde, como discutido no capítulo 1.

Na América Latina, a perspectiva da universalidade está presente na agenda governamental e é muito importante no que diz respeito à tradicional segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde com grupos populacionais cobertos por distintas instituições, resultando em importantes iniquidades de acesso e uso de serviços de saúde e em exclusão em saúde. Os caminhos que vêm sendo trilhados para o alcance da universalidade, contudo, são diversos. Em alguns países, busca-se a ampliação da cobertura do sistema público com a construção de sistemas únicos de saúde e, em outros, por meio de coberturas por seguros diversificados, produzindo novas segmentações com distintas repercussões sobre o direito à saúde.

A construção de sistemas universais e públicos é também um desafio por envolver grandes interesses econômicos. A área da saúde é um importante setor de acumulação de capital, como discutido no capítulo 7, com poderosos interesses privados de grandes corporações transnacionais, que controlam boa parte dos insumos e da tecnologia necessária à oferta ampla e apropriada de serviços e ações de saúde. No entanto, a maioria dos países dispõe de recursos escassos, tanto financeiros quanto de poder, para implementar mudanças desse vulto. E o aprofundamento de uma nova crise financeira global torna ainda mais difícil ampliar a atenção à saúde. Ademais, vivemos um processo de mercantilização da vida, em que a saúde se transforma em bem de consumo e as necessidades são construídas por padrões

estranhos às reais demandas das populações, afetando a condução dos sistemas de saúde. Contudo, como vimos na parte inicial deste capítulo, as trajetórias históricas de construção de sistemas ampliados de proteção à saúde foi impulsionada por lutas sociais por direitos de cidadania, superando constrangimentos econômicos imediatos.

Outro importante desafio para os sistemas de saúde está em como lidar com a saúde em seu sentido ampliado, ou seja, não só como prevenção individual e cura de doenças, mas reconhecendo as relações da saúde com as condições sociais e atuando nas 'causas das causas'.

O Brasil e diversos outros países da América Latina foram precursores no debate teórico e aplicado da 'determinação social da saúde'. Essa noção surgiu ainda na década de 1970, com base nos estudos que buscavam entender as relações e particularidades da saúde no capitalismo mostrando que a saúde é resultado de determinações sociais (Breilh, 2006). Ou seja, a saúde não é só uma manifestação biológica de organismos individuais reagindo às condições ambientais, mas é, principalmente, uma construção social e coletiva. Assim, as formas de organização social, as condições de vida e de trabalho em uma dada sociedade são determinantes para a saúde. E quanto mais desiguais forem essas condições, mais desiguais e piores serão os resultados em saúde.

Essa noção foi fundamental na geração da proposta da Reforma Sanitária brasileira, que previa a saúde como elemento central na construção de uma sociedade mais igualitária e solidária. E tinha no SUS o seu projeto mais concreto – um sistema público universal, integral e financiado por toda a sociedade. Como consequência também desse movimento social, em nossa Constituição a saúde está ancorada em um conceito ampliado, em que é entendida como o resultado de um conjunto de condições sociais, não só a ausência de doenças.

Conceito ampliado de saúde na legislação

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL de 1988, art. 196

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990)

Art. 3º – A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Hoje, esse debate está na agenda da OMS, que criou a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde e realizou em 2011, no Rio de Janeiro, a 1ª Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2007a, 2011). Nesse enfoque, a saúde é entendida como área social e não exclusivamente médica, e a OMS reconhece que a intervenção em saúde deve caminhar em conjunto com outras áreas sociais para o alcance da equidade em saúde. A Declaração do Rio afirma que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas. Reafirma que "as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente

A substituição do termo determinação por determinantes tem implicações importantes, que serão discutidas no capítulo 4. Consulte.

inaceitáveis – além de injustas e, em grande parte, evitáveis – e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos". Reitera que "a determinação de agir sobre os determinantes sociais da saúde de forma coletiva" e destaca as três recomendações gerais da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde: "melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções" (WHO, 2011: 1).

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS, além de reconhecer a necessidade de intervenções sociais mais gerais para promover a saúde, destaca os sistemas de saúde como uma das áreas que podem promover maior equidade em saúde. E entre as estratégias que a CDSS aponta para atuação dos sistemas na busca da equidade estão a universalidade e a intersetorialidade (WHO, 2007a).

A intersetorialidade é crucial para a promoção da saúde e supõe a ação conjunta de práticas e instituições sociais para intervir nas necessidades dos indivíduos e da coletividade. Embora muito difundida como proposta, a efetivação da intersetorialidade não é simples. Isso porque, em geral, os sistemas responsáveis pelas diversas áreas sociais são muito rígidos e têm lógicas institucionais e profissionais próprias, o que dificulta a adesão ao trabalho intersetorial. Como afirmam Campos, Barros e Castro (2004: 747): "Intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população".

A intersetorialidade requer estabelecer parcerias intersetoriais, interinstitucionais e com entidades não governamentais e da sociedade civil, visando a: fomentar e monitorar o estabelecimento de políticas públicas integradas em favor da qualidade de vida; incentivar a participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas em saúde; e fortalecer processos de corresponsabilização e de autonomia dos sujeitos e coletivos na produção da saúde (Campos, Barros & Castro, 2004).

A efetivação da intersetorialidade é fundamental para a promoção da saúde e um grande desafio para os sistemas de saúde hoje, em especial para aqueles que pretendem atenção integral como o brasileiro. Integralidade e universalidade são indissociáveis na construção de sistemas públicos universais de saúde equitativos não segmentados.

Leituras recomendadas

ROEMER, M. I. *National Health Systems of the World*. Nova York: Oxford University Press, 1991.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Hucitec, Abrasco, 1994.

VIACAVA, F. *et al*. Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS). Relatório final. Rio de Janeiro: Cict/Fiocruz: 2003. Disponível em: <www.proadess.cict.fiocruz.br>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Everybody Business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Genebra: WHO, 2007.

Sites de interesse

Avaliação de desempenho de sistemas de saúde – matriz de indicadores e resultados das Pnads Saúde: www.proadess.cict.fiocruz.br

Estatísticas de sistemas de saúde dos países da OECD: www.oecd.org/health

Estatísticas mundiais de saúde da OMS: www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde – The European Observatory on Health Care Systems – sistematiza informações sobre sistemas de saúde de diversos países: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory

Referências

BISMARCK, O. *Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881*, 1881. Disponível em: <www.sozialpolitik.com/webcom/show_article.php/_c-110/_nr-4/i.html>. Acesso em: 6 ago. 2011.

BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. & CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 745-749, 2004.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 3(3): 16-30, 2009.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 7: 122-135, 2002.

DOCTEUR, E. & OXLEY, H. *Health Care Systems: lessons from the reform experience*. OECD Health Working Papers. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.

EVANS, R. G. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. *In*: VAN DER GAAG, J. & PERLMAN, M. (Eds.) *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdã: North Holland Publishing, 1981.

HURST, J. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, fall: 7-21, 1991a.

HURST, J. *The Reform of Health Care Systems in Seven OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1991b.

IMMERGUT, E. *Health Politics: interest and institutions in Western Europe*. Nova York: Cambridge University Press, 1992.

KLECZKOWSKI, B. M; ROEMER, M. I. & VAN DER WERFF, A. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política*. Ginebra: OMS, 1984.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *The Reform of Health Care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris: OECD, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Informe Mundial de Saúde 2008: atenção primária à saúde – mais necessária que nunca*. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial da Saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2012.

ROEMER, M. I. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1985.

ROEMER, M. I. *National Health Systems of the World*. Nova York: Oxford University Press, 1991.

SALTMAN, R. B.; BUSSE, R. & FIGUERAS, J. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire, England: Open University Press, 2004. (European Observatory on Health Systems and Policies Series)

STUCKLER, D. *et al*. *The Political Economy of Universal Health Coverage*. Background paper for the Global Symposium on Health System Research. Montreux, Switzerland, 16-19 November 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Challenging Inequity through Health Systems: knowledge network on health systems*. Commission on the Social Determinants of Health. Final report. Genebra: WHO, 2007a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Everybody Business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Genebra: WHO, 2007b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health*. Comission on Social Determinants of Health. Final report. Genebra: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. 1ª Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde Rio de Janeiro, 21 out. 2011. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

4. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção

Antonio Ivo de Carvalho
Paulo Marchiori Buss

A busca da saúde é tema do pensar e do fazer humano desde tempos imemoriais. A luta contra a dor, o sofrimento, a incapacidade e, sobretudo, contra a morte sempre mobilizou as energias humanas, as suas capacidades racionais, as suas emoções, para explicar e assim intervir nesses fenômenos, sempre fugazes em seu hibridismo de manifestações objetivas e sensações subjetivas. Ao longo da história humana, sucederam-se marcos explicativos de tais fenômenos, sempre nos limites da compreensão humana sobre si e sobre o mundo, e sempre na busca, às vezes dramática, de ações práticas para neles intervir, seja no mundo físico, seja no mundo metafísico.

Há muito a luta contra a doença e a busca da saúde saíram do âmbito privado de vidas individuais e do emprego empírico de conhecimentos primitivos. Hoje mobilizam progressivamente refinados saberes, produzem e distribuem em larga escala conhecimentos científicos e tecnológicos, em busca de desvendar os complexos processos biológicos e sociais envolvidos.

Seguramente o tema da saúde situa-se hoje no topo da agenda pública global. No centro desse processo, está o conceito da saúde como uma complexa produção social, em que os resultados para o bem-estar da humanidade são cada vez mais o fruto de decisões políticas incidentes sobre os seus determinantes sociais.

Determinantes em saúde: antecedentes remotos

A doença é mais antiga que o homem, é tão antiga como a vida, porque é um atributo da própria vida.

George Rosen

Pode-se dizer que o esforço humano para compreender o processo saúde-doença e intervir nele desde sempre defrontou-se com a interveniência de várias classes de fatores determinantes: físicos ou metafísicos, naturais ou sociais, individuais ou coletivos. Tais fatores combinavam-se para fazer predominar ora uma visão ontológica da doença (doença como

uma 'entidade' que se apossava do corpo), ora uma visão funcionalista (doença como um desequilíbrio interno ou externo ao corpo). Ao longo da história e dos sucessivos modelos de civilização, combinaram-se de forma variada esses diversos conceitos, em consonância com os padrões vigentes de conhecimento e organização social. Diversas tipologias e periodizações podem ser adotadas, dependendo do aspecto que se quer enfatizar. Curioso e obrigatório é constatar que o desenvolvimento dos conhecimentos e práticas de saúde não seguiu uma sequência linear, cumulativa, ao longo da história, havendo avanços e retrocessos, idas e vindas das crenças e dos modelos dominantes. A título de ilustração, vale lembrar alguns momentos típicos desse processo.

Na mitologia grega, Higeia e Panaceia eram filhas de **Asclepius**. Higeia, deusa da saúde e da higiene (e, depois, da lua), era associada à prevenção das doenças e à manutenção da saúde, enquanto o culto de Panaceia vinculava-se à busca da cura, com a intervenção ativa no processo da doença por meio de poções etc.

Na Antiguidade Clássica, a vigência da explicação metafísica para os fenômenos da doença (vontade dos deuses) levava à busca de terapêuticas mágicas (oferendas, poções, sacrifícios), ao mesmo tempo que tinham grande prestígio as práticas de recolhimento, relaxamento, em geral buscadas nos templos de Asclepius, verdadeiros hospitais do espírito, com ambiente de penumbra, banhos, repouso e outras medidas em busca de paz e equilíbrio, num insuspeitado holismo à procura do reencontro de sua *physis* que, mais do que ausência de doença, significava integração com a natureza, beleza exterior e interior, ideal de estética.

Mas é ainda na Idade Clássica, com Hipócrates, que tem início a lógica do pensamento científico, baseado na observação clínica e da natureza, fundando a tradição da medicina ocidental.

Hipócrates

Quem quiser prosseguir no estudo da ciência da medicina deve proceder assim. Primeiro deve considerar que efeitos cada estação do ano pode produzir, porque as estações não são iguais, diferem muito entre si mesmas e nas suas modificações. Tem que considerar em outro ponto os ventos quentes e os frios, em particular aqueles que são universais, mostrando bem aqueles peculiares a cada região. Deve também considerar as propriedades das águas, pois estas diferem em gosto e peso, de modo que a propriedade de uma difere muito de qualquer outra. Usando esta prova, deve examinar os problemas que surgem. Porque, se um médico conhece essas coisas bem, de preferência todas elas, de qualquer modo a maior parte, ele, ao chegar a uma cidade que não lhe é familiar, não ignorará as doenças locais ou a natureza daquelas que comumente dominam.

Fonte: Hipócrates, 2005.

Na baixa Idade Média, com o advento do monoteísmo cristão, a ação divina (agora vingativa e corretiva, não mais dialógica) era responsabilizada pelos males e doenças, considerados como punições por pecados, afrontas e infrações cometidos por pessoas e coletividades perante os rígidos mandamentos divinos. A terapêutica então era a penitência, eram os castigos, até a fogueira, por meio dos quais as pessoas deveriam obter a cura expurgando seus erros. As epidemias eram combatidas com a busca de bodes expiatórios individuais e sociais. Esse tipo de obscurantismo certamente significou um estacionamento – até um retrocesso – do conhecimento e das práticas sanitárias, que se prolongou até o Renascimento.

Na Europa, com o avanço do Renascimento e com o impulso do pensamento racional inspirado na desnaturalização do mundo, as grandes epidemias, inicialmente consideradas pragas divinas, passaram a ser objeto de observação e reflexão sistemáticas. Embora ainda muito longe do conhecimento de microrganismos, a reflexão sobre a causalidade das doen-

ças passou a se concentrar nos fatores externos. Desenvolveram-se então diversas teorias na tentativa de explicar o fenômeno do contágio e da disseminação das doenças, principalmente das epidemias. A mais importante delas foi a teoria dos miasmas, que, embora inconsistente do ponto de vista científico, atribuía à insalubridade (pestilências) de ambientes físicos a origem dos fenômenos de contágio e difusão de epidemias. Esse é o momento em que se dá a base de evidência para as primeiras *policies* de saúde, dirigidas a medidas coletivas e individuais de proteção à saúde, ou seja, defesa contra os miasmas.

O advento da modernidade, com seus avanços epistemológicos na desnaturalização do mundo, com a emergência das trocas mercantis e a respectiva reestruturação das classes e dos segmentos sociais – e, sobretudo, com a organização de Estados Nacionais sob a égide da mediação interna e da defesa externa dos interesses das sociedades nacionais –, trouxe consigo as políticas públicas, ou seja, as ações coercitivas e regulatórias do Estado sobre a sociedade, visando ao bem comum.

Saúde pública e vida social: uma associação histórica

Além de regulações pontuais no período de guerras ou inovações na gestão das cidades visando ao abastecimento e ao escoamento de dejetos, ocorridas em períodos anteriores, as políticas públicas para a saúde desenvolveram-se, de maneira organizada e sistemática, a partir do século XVIII, durante a consolidação dos Estados Nacionais, quando a população passou a ser considerada um bem do Estado, que tinha interesse na sua ampliação e na sua saúde, já que isso significava um aumento do poderio militar.

Pode-se dizer que é nesse momento que o cuidado público com a saúde nasce e se desenvolve como política de proteção contra riscos sociais e ambientais, muito mais do que como política de assistência. Ou seja, a compreensão da determinação social da saúde e da doença é anterior à medicina científica ou medicina experimental.

Desde logo criou-se uma importante tradição de estudos, relacionando saúde, condições de vida (pobreza) e ambientes sociais e físicos. Especialmente desde os primórdios da industrialização nos países ocidentais, tem sido reportado por autores pioneiros uma importante literatura 'social' sobre saúde e doença, centrada na tese de que desigualdades no campo social e econômico geravam desigualdades no campo da saúde. O médico e filósofo George Rosen, em sua monumental *História da Saúde Pública* (1994), traça um panorama ao longo dos séculos documentando a associação da saúde pública com o processo de industrialização da Europa Ocidental, principalmente Inglaterra, França e Alemanha, registrando a estreita relação entre o desenvolvimento do capitalismo (industrialização e urbanização) e o desenvolvimento da saúde pública, tentando minorar os malefícios à saúde provocados pelo desenvolvimento capitalista.

As relações de influência recíproca entre saúde e economia, estruturas sociais e política são historicamente associadas ao desenvolvimento da saúde pública. Diversos autores e atores da época dedicaram-se ao tema. Já no século XVIII, Johan Peter Frank publicou a célebre obra *A Miséria do Povo, Mãe das Enfermidades*, em que afirmava que a pobreza e as más condições de vida eram as principais causas de doença. Preconizava amplas reformas sociais e econômicas, não simplesmente ações sanitárias, insuficientes para atingir as causas das doenças (Sigerist, 1956). Desde a primeira metade do século XIX, na França (Villermé)

e na Inglaterra (Chadwick), foram desenvolvidos vários inquéritos populacionais que documentaram de maneira definitiva a associação da mortalidade e da morbidade ao gradiente social, isto é, às condições de vida das diferentes classes e grupos sociais. Especialmente na Inglaterra, a partir da Comissão de Saúde das Cidades, tais resultados propiciaram políticas de manejo social e ambiental, voltadas para enfrentar o círculo vicioso da pobreza-doença. O interessante é que isso era feito não propriamente numa perspectiva de solidariedade social, e sim a serviço da estabilidade e do crescimento econômico. Na Alemanha, nos anos que precederam a revolução de 1848, Virchow liderou um movimento radical de reforma médica, orientado pela ideia de que a medicina é uma ciência social e a política não é mais do que a medicina em larga escala.

É clássico o livro de McKeown e Lowe (1986) que demonstra que a redução da mortalidade na Inglaterra, ocorrida no século XIX e no início do XX, deve ser creditada mais a melhorias nas condições de vida (saneamento, nutrição, educação) do que a intervenções médicas específicas (vacinas e antibióticos).

São esses fatores que marcaram os primórdios da saúde pública na sociedade ocidental.

Por sua vez, o advento da microbiologia levou à chamada revolução pasteuriana, que ampliou enormemente o conhecimento sobre os processos biológicos da saúde-doença e abriu uma era de progresso científico sem precedentes, ao mesmo tempo que engendrou junto com a Revolução Industrial um grande incremento na complexidade das estruturas econômicas e sociais. De tal maneira que o novo arsenal de conhecimentos e tecnologias, produzido a partir da biomedicina, desenvolveu-se numa formação social crescentemente complexa.

Todavia, ao lado de notáveis façanhas sanitárias, que permitiram o controle de inúmeras doenças infecciosas, a dimensão social e o pensamento social em saúde, paradoxalmente, ficaram adormecidos ou negligenciados por quase um século.

Modelos de causalidade e modelos de intervenção

Cada avanço no conhecimento das causas e determinações do processo saúde-doença foi gerando um enriquecimento e uma diversificação de medidas de proteção à saúde e combate à doença, que variam também com a ênfase atribuída a cada um dos fatores.

Modelo da história natural da doença

A tentativa mais conhecida e abrangente de construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença foi feita por Leavell e Clark (1976), que sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação no interior de um modelo denominado 'história natural da doença'. Esta história compreende dois períodos sequenciados: o primeiro, de pré-patogênese; e o segundo, de patogênese. No período de pré-patogênese, as manifestações clínicas da doença ainda não surgiram no indivíduo, mas as condições para o seu aparecimento existem no ambiente ou no patrimônio biológico da pessoa. Por exemplo: em cultivos de cana-de-açúcar são utilizados no broto, antes do plantio, pesticidas, alguns deles à base de mercúrio; por isso, dependendo das circunstâncias de manipulação (o não uso de luvas é uma delas), os lavradores podem vir a se contaminar através da pele e desenvolver uma grave doença neurológica.

A interação entre os estímulos patogênicos – conhecidos ou não, infecciosos ou de outra natureza – e o indivíduo leva às transformações fisiopatológicas que se manifestam por sinais e sintomas da doença, atingindo o que os autores denominam de 'horizonte clínico'. Este é o período de patogênese, no qual os processos mórbidos são mais reconhecíveis e podem ser foco de ações no sentido de evitar ou retardar a progressão de seu curso.

Os autores reconhecem três momentos no período de patogênese: patogênese precoce, doença precoce discernível, doença avançada e a decorrência final desse processo, que pode ser a cura, a invalidez, o óbito (Figura 1).

As ações decorrentes das políticas e dos serviços de saúde incidem nos diversos momentos da história natural de uma determinada doença. No período pré-patogênico, predominam as ações de prevenção primária, atuando sobre o meio ambiente ou protegendo o indivíduo contra agentes patológicos. No período patogênico, quando a doença começa a se manifestar, incluem-se as ações voltadas para o diagnóstico precoce e a limitação da invalidez – conhecidas como ações de prevenção secundária –, e finalmente aquelas destinadas a recuperar e reabilitar o indivíduo das sequelas fixadas pelo processo mórbido – prevenção terciária.

Níveis de prevenção segundo Leavell e Clark (1976) e ações de saúde

Prevenção primária

Compreende a aplicação de medidas de saúde que evitem o aparecimento de doenças. As ações de promoção à saúde visam a estimular, de forma ativa, a manutenção da higidez, como os cuidados com a higiene corporal e a prática de atividades físicas, a fluoretação da água, a implementação de políticas voltadas para o saneamento básico e a prevenção do uso de drogas, por exemplo. As ações de proteção específica são conduzidas de modo a inibir o aparecimento de determinadas doenças, como a imunização de crianças contra poliomielite, sarampo e tétano.

Prevenção secundária

Compreende o diagnóstico precoce das doenças, permitindo o tratamento imediato, diminuindo as complicações e a mortalidade. Neste caso, a doença já está presente, muitas vezes de forma assintomática. Exemplos: as dietas para controlar a progressão de determinadas doenças, como diabetes ou hipertensão arterial; a realização de mamografia e de exame preventivo para detecção do câncer do colo uterino.

Prevenção terciária

Nesse momento, a doença já causou o dano, compreendendo, então, prevenção da incapacidade total, seja por ações voltadas para a recuperação física, como a reabilitação, seja por medidas de caráter psicossocial, como a reinserção do indivíduo na força de trabalho. Exemplos: o tratamento fisioterápico após o surgimento de moléstias que causam incapacidade física.

Figura 1 – Níveis de aplicação de medidas preventivas

HISTÓRIA NATURAL DE QUALQUER DOENÇA DO HOMEM

Inter-relações de fatores ligados ao agente, ao hospedeiro e ao meio ambiente → Produção de estímulo

→ Reação do hospedeiro ao estímulo →

Primeiros estágios de patogênese → Primeiras lesões discerníveis → Estágio avançado da doença → Convalescença →

Período de pré-patogênese | Período de patogênese

Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico precoce e pronto atendimento	Limitação da invalidez	Reabilitação
• Educação sanitária • Bom padrão de nutrição, ajustado às fases de desenvolvimento da vida • Atenção ao desenvolvimento da personalidade • Moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho • Aconselhamento matrimonial e educação sexual • Genética • Exames seletivos periódicos	• Uso de imunizações específicas • Atenção à higiene pessoal • Hábito de saneamento do ambiente • Proteção contra riscos ocupacionais • Proteção contra acidentes • Uso de alimentos específicos • Proteção contra substâncias carcinogênicas • Evitação contra alérgenos	• Medidas individuais e coletivas para a descoberta de casos • Pesquisas de triagem • Exames seletivos • Objetivos Curar e evitar o processo da doença Evitar a propagação de doenças contagiosas Evitar complicações e sequelas Encurtar o período de invalidez	• Tratamento adequado para interromper o processo mórbido e evitar futuras complicações e sequelas • Provisão de meios para limitar a invalidez e evitara morte	• Prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e treinamento, a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes • Educação do público e indústria, no sentido de que empreguem o reabilitado • Emprego tão completo quanto possível • Colocação seletiva • Terapia ocupacional em hospitais • Utilização de asilos
Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção terceária

NÍVEIS DE APLICAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS

Fonte: Leavell & Clark, 1976.

Saiba mais sobre a relação entre modelos assistenciais e concepções do processo saúde-enfermidade no capítulo 15. O autor indica que a epidemiologia e a clínica representariam as disciplinas básicas para a intervenção na história natural das doenças. Enquanto a primeira estaria voltada especialmente para o estudo das doenças nas populações e dos seus determinantes, sobretudo no período pré-patogênico, a segunda analisaria os processos mórbidos no âmbito individual, ou seja, no período patogênico.

Embora teoricamente abarcassem também as dimensões sociais e ambientais, os conceitos elaborados por Leavell e Clark partem de uma visão essencialmente biológica da doença, derivada do conhecimento da patogênese das enfermidades infecciosas. Sua aplicação é então fortemente marcada por esse viés que, na verdade, teve e ainda tem forte presença na comunidade científica, nas esferas gestoras e no imaginário da população (Buss, 2000).

Modelo social estruturalista

Outros autores procuraram avançar nessas formulações, incluindo as determinações sociais dos processos mórbidos, no que poderia ser um modelo de 'história social da doença'. Breihl e Granda (1986) situaram o processo saúde-doença como resultante de um conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, que se manifestam na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. Ou seja, há relação entre mortalidade e classe social: estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão dos fatores de risco a que esse determinado grupo da população está exposto.

Nas décadas de 1950 e 1960, por exemplo, as principais doenças registradas entre trabalhadores brasileiros eram as intoxicações e as dermatoses profissionais. Nos dias de hoje, com as mudanças decorrentes dos processos de trabalho e da própria organização econômica do país, as lesões por esforços repetitivos (LER) e as perdas auditivas ocupacionais prevalecem (Wünsch Filho, 2004).

Nessa linha de pensamento, há uma dimensão estrutural que se caracteriza pelo modelo econômico de desenvolvimento da sociedade, isto é, o modo de produção – capitalista, socialista. Os autores consideram também uma dimensão particular, na qual operam os processos de reprodução social, ditados pelo trabalho e pelo consumo, que são particulares de cada classe social, e ainda uma terceira dimensão individual.

Mortalidade e classe social

Já no século XIX, Friedrich Engels, companheiro de Karl Marx na formulação de um novo paradigma, à época, para análise do modo de produção econômico (o socialismo científico), indica as transformações decorrentes do processo de industrialização na sociedade inglesa e seu impacto no adoecer e morrer, acentuando as disparidades entre classes sociais. Estudando a mortalidade entre crianças menores de cinco anos em Manchester, cidade industrial, Engels conclui que mais de 57% das crianças filhas de trabalhadores morriam antes de completar cinco anos, enquanto nas classes sociais mais favorecidas esse percentual não chegava a 20% – sendo a média, considerando todas as classes sociais em todo o país, de 32%.

Fonte: Engels, 1985.

Esses diferentes enfoques sobre os determinantes das doenças remetem a uma renovação e complexificação dos conceitos de saúde e doença. Afinal, para promover a saúde e prevenir as enfermidades, curar e reabilitar os doentes, é necessário perguntar: existe uma fronteira clara entre esses dois estados do indivíduo?

As diferentes visões sobre saúde – e sobre o que é estar sadio – não são apenas oriundas das necessidades físicas e mentais que cada um requer durante sua respectiva etapa no ciclo biológico, mas agregam valores culturais que, em nossa sociedade contemporânea, são cada vez mais difundidos pelos meios de comunicação de massa.

Dessa forma, as ideias sobre saúde e doença, sejam do ponto de vista individual das pessoas, sejam na ótica dos profissionais que trabalham na área, são mediadas por diferentes disciplinas do conhecimento, tais como:

- biomedicina – baseada no conhecimento científico sobre estruturas biológicas e de funcionamento do corpo humano;
- epidemiologia – ancorada nas análises sobre as causas e a distribuição das doenças na população;
- ciências sociais – agregando conceitos derivados de estudos sobre as doenças e relações sociais;
- psicologia – enfocando a dinâmica dos processos mentais, pensamentos, sentimentos e atos (Davey, Gray & Seale, 2001).

Além disso, crescentemente, a abordagem em apenas um campo disciplinar torna-se insuficiente, sendo necessário um tratamento inter ou transdisciplinar. Essas mediações conduzem à elaboração de conceitos mais abrangentes sobre os determinantes da saúde e da doença.

Modelo do campo da saúde

Inspirando-se no processo de reforma do sistema de saúde canadense na década de 1970 e alimentando-se dele, cristalizou-se um modelo explicativo mais abrangente – o modelo do campo da saúde. Segundo ele, pode-se dizer esquematicamente que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores:

- o patrimônio biológico;
- as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais o homem é criado e vive;
- o estilo de vida adotado;
- os resultados das intervenções médico-sanitárias, que têm importância relativa variável de acordo com o problema de saúde em questão (Figura 2 e Gráfico 1).

Figura 2 – O modelo do campo da saúde

Biologia humana
Estilos de vida
Saúde
Ambiente
Serviços de saúde

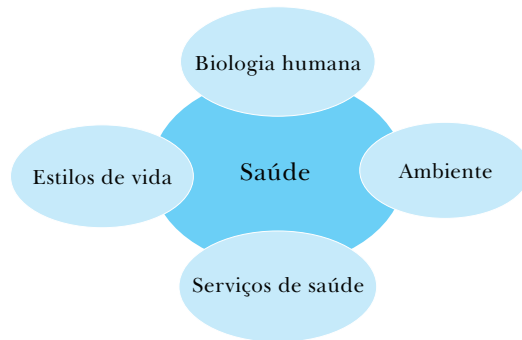
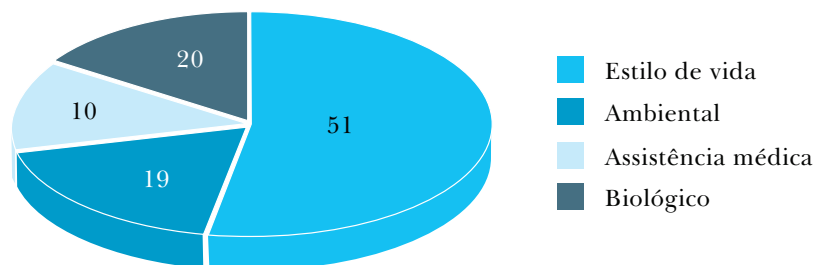



Gráfico 1 – Campo da saúde: influência de diferentes fatores de risco

51
19
10
20

Estilo de vida
Ambiental
Assistência médica
Biológico

Fonte: Haskell, 1998.

O campo biológico inclui aspectos físicos e mentais de base biológica, como patrimônio genético, os processos físicos e mentais de desenvolvimento e amadurecimento e toda a fisiopatologia do organismo humano.

O segundo grupo consiste nas condições sociais, econômicas e ambientais nas quais fomos criados e vivemos, que reúnem um conjunto de fatores de expressão mais coletiva como acesso à educação, aos serviços urbanos, e toda uma gama de agentes externos, cujo controle individual é mais restrito. Por exemplo, a qualidade do abastecimento de água e dos produtos alimentares, a poluição atmosférica, entre muitos outros.

A categoria 'estilo de vida' compreende fatores sob maior controle dos indivíduos, como hábitos pessoais e culturais (fumo, dieta, exercícios físicos etc.), cuja incorporação à vida da pessoa depende, em grande medida, da decisão de cada um.

No quarto conjunto de situações, encontra-se o sistema que a sociedade organiza para cuidar da saúde de seus cidadãos e responder às suas necessidades. Compreende os serviços de saúde, os hospitais e centros de saúde, os profissionais, o conjunto dos equipamentos e tecnologias. Tradicionalmente, é onde os governos aplicam mais recursos financeiros, sem que se possa identificar, na maior parte das vezes, um retorno em termos de mudança dos níveis de saúde da população como um todo (Lalonde, 1974).

Essa concepção parte, assim, do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. Tem como principal atributo uma abordagem mais abrangente e integrada dos quatro grupos, permitindo a inclusão de todos os diversos campos de responsabilidade pelas questões de saúde, como autoridades (dentro e fora do setor saúde), pacientes, profissionais de saúde, proporcionando, ainda, uma análise interativa do impacto de cada grupo em um determinado problema de saúde.

Como causas subjacentes à mortalidade por acidentes de trânsito, por exemplo, podem-se considerar os riscos assumidos pelos indivíduos (como não usar cinto de segurança, dirigir alcoolizado, em velocidade excessiva), os riscos socioambientais (como a pavimentação das ruas, a manutenção de semáforos, sinalizações) e os riscos decorrentes da qualidade da organização de serviços de saúde (disponibilidade de serviços de emergência e unidade de terapia intensiva – UTI – para os primeiros cuidados). Note-se que o grupo de fatores biológicos não está considerado no presente exemplo. Essa abordagem permite definir políticas voltadas para a diminuição da mortalidade por acidentes de trânsito e que inclui ações de prevenção primária, secundária e terciária, orientando os diversos agentes responsáveis por sua implementação – governo, sociedade.

Os quatro grupos de determinantes podem ser analisados como resultantes de um acúmulo histórico de interações recíprocas, em que a dominância de cada um deles, no tempo, leva a uma previsão de futuras vantagens ou desvantagens (Blane, 1999). Por exemplo, o prognóstico de vida de crianças nascidas no sertão nordestino difere do prognóstico de crianças de classe média alta, nascidas na cidade de São Paulo – a esperança de vida de uma criança nascida na região Nordeste, em 2000, era de 65,8 anos, enquanto a de uma criança nascida na região Sudeste era de 69,6 anos. Experiências de má nutrição na infância, baixo aprendizado escolar, trabalho infantil, trabalho adulto sub-remunerado e outros condicionantes consistem em acúmulo de desvantagens que podem conduzir a um estado de saúde de maior precariedade.

A dinâmica dessas relações entre os determinantes da saúde-doença caracteriza o perfil sanitário de uma população e, consequentemente, deve alimentar a implementação de políticas de saúde como políticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

> **Para refletir**
> Identifique uma doença de alta prevalência em sua área de atuação e analise seus determinantes sociais.

Para Arouca (*apud* Teixeira, 1989: 30),

> Saúde é um objeto concreto que compreende:
> 1. um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde-enfermidade;
> 2. a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizados para satisfazer às necessidades;
> 3. ser um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e medicamentos);
> 4. ser um espaço de densidade ideológica;
> 5. ser um espaço da hegemonia de classe, por meio das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
> 6. possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto em nível individual como coletivo.

As políticas de saúde conduzidas pelo Estado, visando ao bem-estar de toda a população, surgem de modo mais sistematizado na França, na Inglaterra e na Alemanha, durante os séculos XVIII e XIX. Originadas na necessidade de legislar sobre a higiene urbana, implementar medidas de quarentena e isolamento de pacientes com doenças infecciosas, promover a assistência social aos pobres e controlar as fronteiras, as políticas de saúde resultavam das necessidades de higienização do proletariado nascente, das tensões entre as lutas urbanas e operárias e da necessidade de assegurar os interesses das classes dominantes, mantendo a ordem social e o processo de acumulação capitalista (Rosen, 1980; McKeown & Lowe, 1986).

Tendo como berço o Estado capitalista moderno, essas políticas vão se delineando progressivamente, em razão tanto do conhecimento científico disponível (por exemplo, as descobertas de Pasteur, Snow) quanto do compromisso como responsabilidade pública de governo. Note-se a diferença entre a criação do Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra, em 1948, um sistema abrangente que assiste o conjunto da população inglesa, e a criação, apenas em 1965, nos Estados Unidos, dos programas Medicare e Medicaid, cuja cobertura, ainda hoje, é bem restrita, cobrindo apenas idosos e população abaixo da linha de pobreza.

Em termos práticos, pode-se admitir que a definição de uma política de saúde deve repousar sobre três conceitos básicos:

- a compreensão de que a saúde resulta de um processo de interação contínua entre o indivíduo e o ambiente físico e social em que vive;
- o entendimento de que boas condições de saúde consistem em uma responsabilidade compartilhada por todos, indivíduos e poder público; e de que

- a saúde é um investimento para a sociedade como um todo, e que a diminuição das desigualdades em saúde no país resulta não apenas na efetivação de um compromisso ético, mas também em elemento de desenvolvimento e progresso para toda a nação (Canadá, 1994).

Para saber mais sobre os diferentes sistemas de saúde e suas reformas, consulte os capítulos 3 e 25.

Para refletir
Quais os principais campos de intervenção para incidir sobre os determinantes econômicos e sociais das doenças de maior prevalência em seu município? Quais seriam os setores governamentais responsáveis por essas intervenções?

Promoção da Saúde: em busca de novo paradigma

A frustração com os resultados da biomedicina, crescentemente caudatária dos interesses do complexo médico industrial, e responsável ela própria por provocar riscos e danos, fez com que surgisse, a partir sobretudo da década de 1960, e em várias partes do mundo ocidental, um pensamento crítico ao modelo e voltado para revalorizar as dimensões sociais e culturais determinantes do processo saúde-enfermidade, ultrapassando o foco exclusivo de combater a doença somente depois de instalada.

Embora diversificado em suas referências conceituais e na variedade de perfis sanitários e sociais nacionais, tais ideias tiveram sua expressão mais organizada no chamado movimento da promoção da saúde, que, inspirado na reforma do sistema canadense, consolidou-se a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986.

O que caracteriza a promoção da saúde modernamente é considerar como foco da ação sanitária os determinantes gerais sobre a saúde. Saúde é assim entendida como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo" (Brasil, 2002). Destacando, na promoção da saúde, seus papéis de defesa da causa da saúde (*advocacy*), de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os diversos setores envolvidos, a Carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação do sistema de saúde.

A promoção da saúde como campo conceitual e de práticas e como movimento político desenvolve-se nesse período em uma sequência de conferências internacionais e nacionais (Quadro 1).

Quadro 1 – Conferências de Promoção da Saúde – 1986-2009

1986 —	Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
1988 —	Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália)
1991 —	Declaração de Sundsval sobre Ambientes Favoráveis à Saúde 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
1993 —	Carta do Caribe para a Promoção da Saúde 1ª Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago)
1997 —	Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no século XXI em diante 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia)
2000 —	5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)
2005 —	6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Tailândia)
2009 —	7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde (Quênia)

Uma análise detalhada dos marcos referenciais e recomendações dessas conferências internacionais pode ser encontrada em Buss (2003).

As ideias da promoção da saúde difundiram-se e foram progressivamente absorvidas por *policy makers* e profissionais envolvidos com a temática da saúde, sobretudo no mundo ocidental, onde fatores como o envelhecimento da população, a difusão de hábitos de sedentarismo e alimentação industrializada, a exposição a ambientes poluídos e o estresse da saturação urbana vinham aumentando exponencialmente a prevalência de doenças crônico-degenerativas, com suas implicações na elevação continuada dos custos da assistência.

A retórica baseada nas determinações sociais e culturais do processo saúde-doença e na necessidade de estratégias de conquista da saúde baseadas em intervenções além das práticas médico-assistenciais logrou induzir práticas inovadoras, tanto no campo da intersetorialidade como no campo da educação e mobilização por mudanças de comportamentos, principalmente estas últimas. Práticas de aconselhamento, acolhimento, práticas coletivas saudáveis (exercício, alimentação), além de esforços pela responsabilização e conscientização dos cidadãos (*empowerment*), começam a compor a agenda de práticas dos serviços de saúde. As práticas de aconselhamento entram nos consultórios médicos e ocupam hoje grande parte do tempo de consulta dos bons profissionais e serviços médicos (inclusive na clínica privada).

Embora frequentemente exitosas em nível local, as experiências de intersetorialidade tiveram pouco alcance geral e pouco impacto sobre as desigualdades sociais e sanitárias, em razão de sua baixa possibilidade de influir sobre os determinantes sociais de caráter mais estrutural, produzidos por políticas econômicas geradoras de pobreza, desemprego e risco social em geral.

Na verdade, o discurso excessivamente geral da promoção da saúde tem gerado diferentes matrizes de pensamento e prática. Nos países do Primeiro Mundo, a tendência é a ênfase nas mudanças comportamentais, na esfera dos indivíduos e nas regulações sociais orientadas a livrar as coletividades de riscos assumidos por indivíduos (tabagismo, drogas,

atividades físicas, alimentação). Mesmo nesse terreno, hoje se considera que medidas educativas e legislativas são insuficientes para enfrentar com efetividade alguns desses grandes problemas. Sendo fruto dos complexos e mórbidos processos sociais e culturais da humanidade contemporânea (industrialização predadora, saturação urbana, cultura consumista de massas), esses riscos e doenças precisariam ser enfrentados não apenas com políticas de saúde produtoras de atenção, educação etc., mas também por meio de políticas reguladoras da própria atividade econômica. Assim como a adição compulsória de iodo ao sal marinho comercializado acabou com o hipotireoidismo endêmico (bócio) e a adição de cloro e – mais recentemente – flúor aos sistemas de abastecimento de água permitiu a redução drástica da ocorrência de doenças de veiculação hídrica e da cárie dental, é possível pensar que o controle da epidemia da obesidade, da hipertensão, das doenças cardiovasculares e do diabetes, por exemplo, exija políticas de industrialização de alimentos que regulem e moderem a presença de patógenos nos alimentos industrializados, como gorduras insaturadas, sal, açúcar refinado etc. (Kickbush, 2003).

Na América Latina, as ideias do movimento da promoção da saúde encontraram uma realidade de pobreza e desigualdade que, desde logo, impôs um deslocamento do foco para as questões estruturais. Mais do que práticas educativas voltadas para mudanças comportamentais, a promoção da saúde na América Latina priorizou os processos comunitários voltados para mudanças sociais. Ademais, desde os anos 70 desenvolvia-se na região um movimento crítico ao modelo médico hegemônico que, com base numa abordagem estruturalista e numa pedagogia libertadora, foi refinando um campo de pensamento e prática que viria a se consolidar no Brasil como o campo da saúde coletiva. Nos anos 80, tal movimento plasmou o programa da Reforma Sanitária brasileira, orientado pelo princípio da construção social da saúde, da universalização e equalização do acesso não só aos serviços, mas aos demais meios de obtenção de saúde (Carvalho, Westphal & Lima, 2007). Por isso foi cunhada a expressão 'promoção da saúde radical' para expressar que o movimento canadense aqui, na América Latina e no Brasil, deve aplicar-se de forma associada à perspectiva da mudança social (Buss, 2003). Apesar da existência de uma variedade de tendências, seja na promoção da saúde, seja na saúde coletiva, pode-se considerar que elas apresentam uma convergência estratégica como projetos de construção social da saúde (Carvalho, 2005).

No Brasil, o Grupo de Trabalho sobre Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) define a sua agenda em três planos da determinação do processo saúde-doença:

- plano da atenção à saúde, envolvendo esforço de mudança da lógica assistencial e dos modelos de gestão, no rumo de favorecer a autonomia dos sujeitos;
- plano da gestão das políticas públicas, envolvendo o esforço de intersetorialidade, o combate à fragmentação de ações e programas, a mobilização de organizações governamentais e não governamentais;
- plano da política (modelo) de desenvolvimento, envolvendo a defesa de políticas voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, para a solidariedade social e para a subordinação virtuosa da economia ao bem-estar e à vida com qualidade.

Você vai saber mais sobre a situação de saúde dos brasileiros no capítulo 5.

Iniquidades em Saúde: enfrentar as causas das causas

Há evidências de que as estratégias da promoção da saúde lograram avanços no controle de algumas doenças crônicas e agudas, relacionadas à vida moderna, sobretudo por meio de inovações na assistência sanitária (protocolos e práticas educativas), de políticas regulatórias (legislação, posturas urbanas) e da comunicação de massa, todas incidindo sobre temas relacionados à alimentação, a exercícios físicos, ao uso de drogas e a outros hábitos pessoais. Ou seja, ações que envolvam decisão política de caráter inter ou transetoriais têm se mantido como exceções, com toda a ênfase de recursos ainda concentrada nos serviços de saúde.

Na verdade, os avanços sanitários, que são reais, ainda ocultam enormes desigualdades (em alguns casos, de forma crescente) nas médias em que se apresentam. As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead (2004), são um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil e no mundo. A mortalidade infantil, cuja média nacional em 2004 foi de 23,1 por mil nascidos vivos (NV), segundo dados do Ministério da Saúde, apresenta grandes disparidades regionais, observando-se taxas inferiores a dez por mil NV em alguns municípios do Sul e do Sudeste e valores maiores do que cinquenta por mil NV em áreas do Nordeste.

De acordo com o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) de 2006 sobre a situação da infância brasileira, em 2000 a taxa de mortalidade em menores de cinco anos (TMM5) entre filhos de mulheres com até três anos de estudo era de 49,3 por mil NV, quase 2,5 vezes maior que entre os filhos de mães com oito anos ou mais de estudo (TMM5 20,0 por mil NV).

Os filhos adolescentes de mulheres brasileiras com até um ano de escolaridade têm uma probabilidade 23 vezes maior de chegarem analfabetos à adolescência em comparação com os filhos de mulheres com 11 anos ou mais de estudo.

Há muito se reconhece que os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social. Já em meados do século XIX, como mencionado, Virchow entendia que a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo 'saúde pública' expressa seu caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população.

Desde então, muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Um dos principais desafios desses modelos explicativos é o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais globais de natureza social, econômica, política e as mediações pelas quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. É esse complexo de mediações que permite entender por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores da riqueza de uma sociedade, como o Produto Interno Bruto (PIB), e os indicadores de saúde. Evidentemente, o volume de riqueza gerado por uma sociedade é um elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, mas há numerosos exemplos de países com

PIB total ou PIB *per capita* bem superior a outros que, apesar disso, apresentam indicadores de saúde muito mais satisfatórios.

Nos últimos anos, aumentaram também em quantidade e qualidade os estudos sobre as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Tais estudos permitem constatar que, uma vez superado um determinado limite de crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde. A partir desse nível, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui.

Em outras palavras, a desigualdade na distribuição de renda não é somente prejudicial à saúde dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial à saúde da sociedade em seu conjunto. Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidades de renda apresentam uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais equitativa. Um estudo comparativo entre os estados dos EUA revelou que os indivíduos que vivem em estados com grandes desigualdades de renda têm pior saúde que aqueles com renda semelhante, mas que vivem em estados mais igualitários (CNDSS, 2006). O Japão não é o país com maior expectativa de vida do mundo apenas por ser um dos países mais ricos ou porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercício, mas porque é um dos países mais igualitários do mundo.

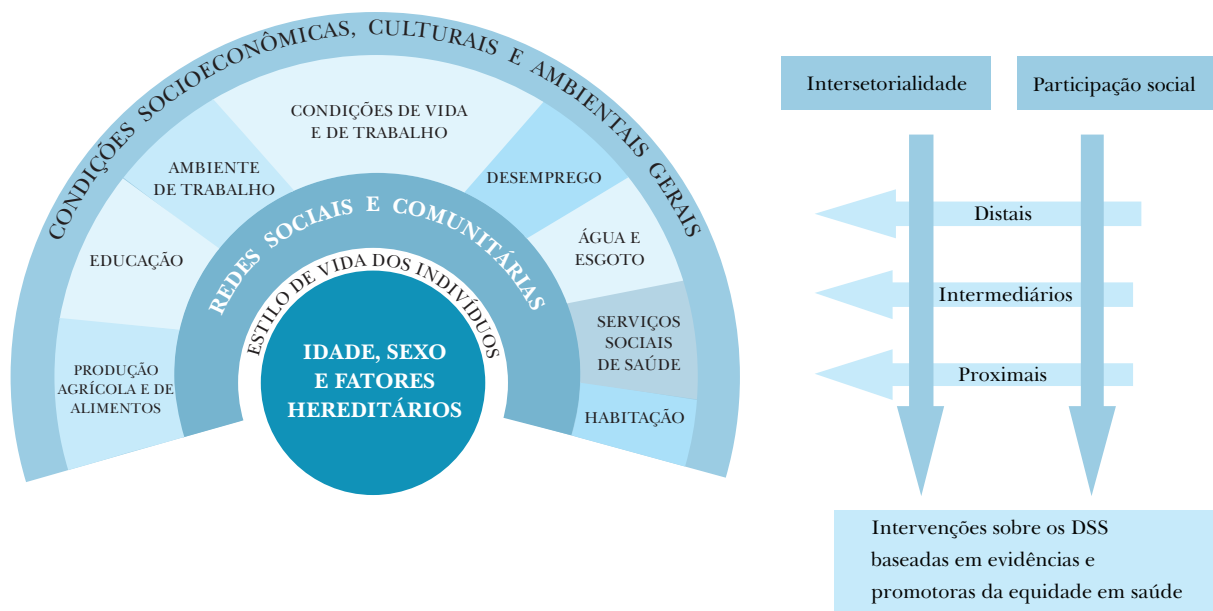
Um dos principais mecanismos pelos quais as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos (CNDSS, 2006). O desgaste do capital social em sociedades iníquas explicaria em grande medida por que sua situação de saúde é inferior à de sociedades em que as relações de solidariedade são mais desenvolvidas. A debilidade dos laços de coesão social ocasionada pelas iniquidades de renda corresponde a baixos níveis de capital social e de participação política. Países com grandes iniquidades de renda, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social fundamentais para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva.

No caso do Brasil, o fardo é duplo, pois além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza, há grandes setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permitem ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Além de a renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos inferiores a dois dólares por dia (CNDSS, 2006). Com um maior debate sobre as desigualdades sociais, o entendimento sobre a pobreza também tem mudado. Entende-se que a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza é também a falta de voz ante as instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade diante de imprevistos. Nessa situação, a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída.

Para ser coerente com essa nova maneira de entender a pobreza, as estratégias para combatê-la devem incluir tanto a geração de oportunidades econômicas como medidas que favoreçam a construção de redes de apoio e o aumento das capacidades desses grupos para

melhor conhecer os problemas locais e globais, para estreitar suas relações com outros grupos, para fortalecer sua organização e participação em ações coletivas, para se constituírem, enfim, em atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social.

A maneira mais moderna de explicar as determinações do processo saúde-doença, e assim conceber os diversos planos de intervenção, é expressa na Figura 3.

Figura 3 – Pilares das intervenções sobre os determinantes sociais

Fonte: Dahlgren & Whitehead, 1991.

Enfrentar as causas das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade, envolve, portanto, ações não apenas no sistema de atenção à saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais. E sobretudo em políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar social.

Uma agenda para o século XXI

Em março de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), com o objetivo de promover em âmbito internacional uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e, também, sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Um ano depois, em 13 de março de 2006, por meio de decreto presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com um mandato de dois anos.

O fato de o Brasil ser o primeiro país a criar sua própria comissão, integrando-se precoce e decisivamente ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde (DSS) desencadeado pela OMS, responde a uma tradição do sanitarismo brasileiro. De fato, desde o início do século passado os sanitaristas brasileiros vêm se dedicando a aprofundar o conhecimento das relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde e a desenvolver ações concretas, baseadas nesse conhecimento. Mais recentemente, inspirados por essa tradição, diversos setores da sociedade se articularam em um movimento de Reforma Sanitária, que consolidou sua força política e sua agenda de mudanças na memorável 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a presença de mais de quatro mil representantes de diversos setores da sociedade. Tal movimento contribuiu decisivamente para a inclusão na Constituição de 1988 do reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, assim como para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios de solidariedade e universalidade.

Mais informações sobre os temas e deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde você encontra nos capítulos 11 e 12.

A criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde se inscreveu nesse processo de desenvolvimento da Reforma Sanitária. Integrada por 16 expressivas lideranças de nossa vida social, cultural, científica e empresarial, sua constituição diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira.

No início de 2008, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde apresentou o seu relatório final, contendo diversas recomendações com ênfase na necessidade da criação de espaços institucionais para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, sobretudo visando a integrar a ação de diversos setores governamentais e da sociedade.

Segundo o relatório, as intervenções sobre os DSS com o objetivo de promover a equidade em saúde devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgreen e Whitehead (1991), ou seja, devem incidir sobre os determinantes 'proximais', vinculados aos comportamentos individuais, 'intermediários', relacionados às condições de vida e trabalho, e 'distais', referentes à macroestrutura econômica, social e cultural.

São exemplos dessas intervenções:

- políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade;
- políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, a esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública;
- políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e a participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis;
- políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e para o aumento da qualidade de vida mediante programas educativos, comunicação social,

acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas a suas formas.

Para que as intervenções nos diversos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos: a intersetorialidade, a participação social e as evidências científicas (Figura 3).

Uma vez que a atuação sobre os diversos níveis dos DSS extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, torna-se obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais. Com vistas a institucionalizar um processo sustentável de coordenação das ações intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde que permita superar os problemas de baixa articulação anteriormente mencionados, a CNDSS recomenda estabelecer no âmbito da Casa Civil da Presidência da República uma Câmara de Ações Intersetoriais para Promoção da Saúde e Qualidade de Vida com a responsabilidade de realizar o seguimento e a avaliação de projetos, programas, intervenções ou políticas relacionadas aos DSS desenvolvidas pelas diversas instâncias nela representadas. Deverá também propor à Casa Civil mecanismos de coordenação das ações em curso, constituindo-se numa instância de revisão e aprovação dessas ações, segundo seu impacto na saúde, além de elaborar projetos e captar recursos para a implantação de novas intervenções intersetoriais sobre os DSS de caráter estratégico. A câmara seria coordenada pela Casa Civil da Presidência da República e o Ministério da Saúde, devendo funcionar como a sua Secretaria Técnica/Executiva.

Recomendou-se, num primeiro momento, prioridade às ações intersetoriais relacionadas à promoção da saúde na infância e na adolescência – respondendo à atual mobilização da sociedade com relação ao tema – e ao fortalecimento das redes de municípios saudáveis já existentes no país, por meio de um programa continuado de disseminação seletiva de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades e espaços de interação entre gestores para intercâmbio e avaliação de experiências relacionadas aos DSS. Ademais, foi proposto o fortalecimento de duas outras estratégias da promoção da saúde, experimentadas com sucesso em diferentes contextos: as escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis.

Para a produção regular de evidências científicas sobre os DSS, sugeriu-se a criação de um programa conjunto do Ministério da Ciência e Tecnologia e do Ministério da Saúde para apoio, por meio de editais periódicos, de projetos de pesquisa sobre DSS e estabelecimento de redes de intercâmbio e colaboração entre pesquisadores e gestores, visando ao seguimento dos projetos e à utilização de resultados. Sugeriu-se também estabelecer no nível da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) um capítulo sobre dados e informações relativos aos DSS, incluindo um conjunto de indicadores para monitoramento das iniquidades de saúde e para avaliação de impacto de ações intersetoriais sobre a saúde.

Para a promoção da participação social, com vistas a conferir a necessária base de apoio político às ações sobre os determinantes sociais da saúde e para 'empoderar' os grupos populacionais vulneráveis, de maneira que possam participar das decisões relativas à sua saúde e bem-estar, foi reiterada a necessidade de fortalecer os mecanismos de gestão participativa, principalmente os Conselhos Municipais de Saúde, por meio de ações de disseminação intensiva de informações pertinentes e capacitação de lideranças comunitá-

rias com relação aos DSS, além de fortalecer as ações de comunicação social referentes aos determinantes sociais da saúde.

Iniciativas como essas da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde contribuem para a ação coordenada dos diversos setores governamentais com participação social, condição necessária para enfrentar as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade.

Contudo, o processo de estabelecimento de uma agenda internacional sobre DSS não estancou. Em maio de 2009, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou proposta da delegação brasileira de convocação de uma Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2009), que se realizou no Rio de Janeiro, de 19 a 21 de outubro de 2011, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do governo brasileiro.

Na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) estiveram presentes 125 países, dos quais mais de sessenta foram representados por seus próprios ministros da Saúde e os demais por altos funcionários deste e de outros ministérios, como de Relações Exteriores ou Desenvolvimento. Outras agências das Nações Unidas e centenas de organizações não governamentais (ONGs) e ativistas do mundo todo também se fizeram presentes.

Uma série de documentos foi elaborada e difundida em preparação à Conferência (WHO, 2011a, 2011b, 2011c; Blas & Kurup, 2010). Consultas regionais e nos países foram organizadas para mobilizar a participação e colher subsídios para a Conferência. Na região das Américas, por exemplo, a consulta regional foi feita na Costa Rica, em junho de 2011; a consulta nacional brasileira foi realizada no Rio de Janeiro, em agosto de 2011, com mais de duzentos participantes presenciais e com centenas de participantes via virtual, por meio do Canal Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Por ocasião da CMDSS, o Brasil esteve representado por numerosa delegação governamental e da sociedade civil, liderada pelo vice-presidente da República e pelos ministros da Saúde e das Relações Exteriores. Outros ministros e funcionários de alto nível de outros ministérios, assim como autoridades estaduais e municipais, participaram do evento.

Uma série de plenárias centrais e paralelas simultâneas abordou as mais diversas dimensões dos determinantes sociais da saúde, retratadas no Informe Final da Conferência e num sumário dela (WHO, 2011d). Também foram realizados diversos vídeos disponíveis no *site* da CMDSS, no portal da OMS (WHO, 2012a).

> Um *site* sobre a CMDSS está disponível no portal da Organização Mundial da Saúde: <www.who.int/sdhconference/en>. A Declaração da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde e todos os demais documentos essenciais da Conferência estão disponíveis em português no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre Determinantes Sociais da Saúde: <http://dssbr.org/site/>. Consulte os documentos e acompanhe o debate sobre determinantes sociais da saúde no Brasil.

Contudo, o documento mais importante oriundo da Conferência foi a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2011e). Nesta Declaração, os dirigentes dos países participantes expressam sua determinação em promover a equidade social e em saúde por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar,

implementadas por intermédio de uma ampla abordagem intersetorial. Tal determinação implicaria a vontade política de fazer da equidade em saúde uma meta nacional, regional e global e de enfrentar desafios atuais, como erradicar a fome e a pobreza; assegurar a segurança alimentar e nutricional; promover o acesso à água potável, ao saneamento, ao emprego, ao trabalho decente e a esquemas de seguridade social; proteger o meio ambiente; e gerar crescimento econômico equitativo mediante ações resolutivas sobre os determinantes sociais da saúde em todos os setores e em todos os níveis.

Cabe ainda observar que os dirigentes dos países participantes também ressaltam que:

- as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis – além de injustas e, em grande parte, evitáveis – e que a promoção da equidade em saúde é fundamental para o desenvolvimento sustentável e melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança (WHO, 2011e);
- a atual crise econômica e financeira global demanda a adoção urgente de medidas para reduzir as crescentes iniquidades em saúde e para prevenir a piora nas condições de vida e a deterioração de sistemas universais de saúde e de seguridade social;
- é preciso implementar ações sobre os determinantes sociais da saúde tanto no interior dos países quanto em nível global. Aumentar a capacidade de atores globais, por meio de melhorias na governança global, da promoção da cooperação e do desenvolvimento internacionais e do aumento da participação no processo de formulação e monitoramento de políticas, é contribuição essencial para ações nacionais e locais sobre os determinantes sociais da saúde;
- a ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser adaptada aos contextos nacionais e subnacionais de cada país e região para que sejam levados em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos, mas assinalam que evidências resultantes de pesquisas e experiências têm mostrado características comuns nas políticas e ações bem-sucedidas sobre os determinantes sociais da saúde.

Com base nessas experiências, os dirigentes dos países participantes da conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde propõem cinco áreas críticas para agir sobre as iniquidades em saúde: 1) adotar melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; 2) promover a participação social na formulação e na implementação de políticas; 3) orientar ainda mais o setor saúde para a redução das iniquidades em saúde; 4) fortalecer a governança e a colaboração globais; e 5) monitorar os avanços e ampliar a responsabilização/prestação de contas (WHO, 2011e). Na sequência, a Declaração detalha componentes de cada uma dessas áreas-chave e ressalta a importância de se levarem em conta os determinantes sociais da saúde no processo de reforma da OMS em curso e de se conectarem os resultados dessa Conferência com a Rio + 20 e os futuros objetivos do desenvolvimento sustentável.

Com a decisão da 65ª Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2012 de endossar a Declaração Política do Rio de Janeiro sobre DSS, todos os 194 estados-membros da OMS se comprometem a adotar suas conclusões (WHO, 2012b) – e pode-se afirmar que existe hoje uma firme plataforma mundial para agir com respeito aos determinantes sociais da saúde: a própria Declaração da CMDSS, a Resolução da 65ª AMS e o Informe Final da Comissão

Global Closing the Gap in a Generation. Os próximos passos nesse processo implicam a implementação das decisões políticas tomadas, incluindo a imprescindível articulação da questão dos DSS por ocasião da avaliação das metas do milênio, em 2015, e quando da elaboração dos objetivos do desenvolvimento sustentável, processo que se iniciou por ocasião da Rio + 20 em 2012.

Leituras recomendadas

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). *Redução das Desigualdades no Período de uma Geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível no *site* da Organização Mundial da Saúde/Commission on Social Determinants of Health em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por_contents.pdf>.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MARMOT, M. & WILKINSON, R. (Eds.) *Social Determinants of Health*. Londres: Oxford University Press, 1999.

McKEOWN, T. & LOWE, C. R. *Introducción a la Medicina Social*. México, D.F.: Siglo Veintiuno, 1986.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

Sites de Interesse

Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde: <www.who.int/sdhconference/en/>

Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre Determinantes Sociais da Saúde do Brasil: <http://dssbr.org/site/>

Referências

BLANE, D. The life course, the social gradient, and health. *In*: MARMOT, M. & WILKINSON, R. (Eds.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

BLAS, E. & KURUP, A. S. *Equity, social determinants and public health programmes*. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BREIHL, J. & GRANDA, E. *Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo: Instituto de Saúde, Abrasco, 1986.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CANADÁ. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *La Politique de la Santé et du Bien-Être*. Québec: Gouvernement du Québec, 1994.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F. & LIMA, V. L. G. Health promotion in Brazil. *International Journal of Health Promotion and Education*, supl. 2: 7-18, 2007.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). Iniquidades em Saúde no Brasil: nossa mais grave doença, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm>. Acesso em: fev. 2008.

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute of Future Studies, 1991.

DAVEY, B.; GRAY, A. & SEALE, C. (Eds.) *Health and Disease: a reader.* Buckingham: Open University, 2001.

ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1985.

HASKELL, W. Physical activity and the diseases of technologically advanced society. *The American Academy of Physical Education Papers: Physical Activity in Early and Modern Populations*, 21: 73-87,1998.

HIPÓCRATES. *Textos Hipocráticos: o doente, o médico, a doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

KICKBUSCH, I. The end of public health as we know it: the Leavell lecture. *In*: INTERNATIONAL CONGRESS OF PUBLIC HEALTH, V, 2003, Brighton, England.

LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

McKEOWN, T. & LOWE, C. R. *Introducción a la Medicina Social*. México, D.F.: Siglo Veintiuno, 1986.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

SIGERIST, H. *The University at the Crossroad*. Nova York: Henry Schumann Publisher, 1956.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3): 429-445, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Reducir las Inequidades Sanitarias Actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Doc. WHA 62.14. 62ª Asamblea Mundial de la Salud, 22 maio 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Closing the Gap: policy into practice on social determinants of health.* Discussion paper. Geneva: WHO, 2011a (publicado também em português, espanhol e francês). Disponível em: <www.who.int/sdhconference/discussion_paper/en/>. Acesso em: 26 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Case Studies on Social Determinants of Health*, 2011b. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en/index.html>. Acesso em: 26 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Bulletin of the World Health Organization* (special issue), 89(10): 701-776, 2011c. Disponível em: <www.who.int/bulletin/volumes/89/10/en/index.html>. Acesso em: 26 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Conference on Social Determinants of Health: summary report*. WHO, 2011d. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/background/news/WCSDH-summary-final.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro: WHO, 2011e. Disponível (em inglês, português, espanhol, francês, chinês, árabe, russo e coreano) em: <www.who.int/sdhconference/declaration/en/>. Acesso em: 20 abr. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Conference on Social Determinants of Health: video library, 2012a. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/press/video/en/index.html>. Acesso em: 20 abr. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. 65ª Asamblea Mundial de la Salud. Doc. WHA65.8. Punto 13.6 del orden del día 26 de mayo de 2012. Genebra: WHO, 2012b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R8-sp.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

WÜNSCH FILHO, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2 (2): 103-117; abr.-jun. 2004.

5. Condições de Saúde da População Brasileira

Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro
Rita Barradas Barata

Entendemos por condições de saúde da população um conjunto de informações sobre o estado de saúde e sobre os principais problemas de saúde que uma população apresenta. As condições de saúde da população decorrem de um conjunto amplo e complexo de fatores relacionados com o modo como as pessoas vivem.

Esses modos de vida sofrem modificações ao longo do tempo, refletindo as mudanças históricas na organização da sociedade e as formas como são repartidos o poder e a riqueza entre os diferentes grupos sociais. Os fatores que determinam a ocorrência e a distribuição da saúde e da doença em populações incluem aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e simbólicos, ou seja, as formas como as pessoas compreendem a saúde e a doença. Além desses elementos, são também fundamentais para a determinação das condições de saúde: a política de saúde e a organização do sistema de prestação dos serviços de saúde existentes em cada sociedade.

Leia mais sobre as origens, os componentes e a dinâmica dos sistemas de saúde no capítulo 3.

Além da mudança histórica, as condições de saúde estão sujeitas a grandes variações no interior de uma mesma sociedade em uma mesma época histórica. Este padrão de distribuição da saúde e da doença segundo as características ou os modos de vida das classes sociais é chamado de 'perfil epidemiológico de classe'.

Em outras palavras, os modos de vida dos grupos populacionais produzem determinados padrões de adoecimento e de manutenção da saúde que variam de sociedade para sociedade, de classe social para classe social, entre as famílias e, finalmente, entre os indivíduos, em um mesmo momento de tempo e entre diferentes momentos de tempo.

Conhecer estes perfis é importante para orientar a tomada de decisão no âmbito da formulação e implementação das políticas de saúde. Conhecer as necessidades de saúde da população é fundamental para o planejamento dos recursos materiais, humanos e financeiros necessários, para a escolha das formas de organização mais apropriadas ao enfrentamento dos problemas e para a avaliação dos possíveis impactos das intervenções adotadas.

Este capítulo discute como avaliar as condições de saúde no âmbito populacional, apresentando, inicialmente, os indicadores disponíveis para medir as condições de saúde

em quatro dimensões complementares: o estado de saúde, o perfil de morbidade, o perfil de mortalidade e a distribuição populacional de alguns fatores de risco.

É praticamente impossível abranger, em um único estudo, todos os componentes das condições de saúde. Assim, opta-se geralmente por analisar os indicadores considerados mais importantes para a caracterização da condição geral. Para cada indicador a ser apresentado, é possível pensar em inúmeras abordagens, levando em conta os diferentes grupos populacionais definidos por idade, gênero, nível socioeconômico, área de residência, comportamentos, tipos de exposição etc.

Tendo em vista a limitação de espaço de um capítulo de livro, optamos por apresentar apenas algumas características desses indicadores e selecionar alguns problemas de saúde. Para avaliar a saúde em geral da população, escolhemos dois indicadores que resumem a condição geral: a autoavaliação do estado de saúde e a esperança de vida ao nascer. Ambos são indicadores globais, ou seja, não tratam de problemas de saúde específicos ou de determinadas doenças, mas se referem ao estado de saúde em geral.

Para caracterizar o perfil de morbidade, selecionamos alguns problemas de saúde com alta incidência, isto é, com grande número de casos, mas que não aparecem entre as principais causas de mortalidade – os casos podem ser, em sua maioria, adequadamente tratados, evitando assim os óbitos. Outra característica dos problemas mencionados no perfil de morbidade é a existência de informações regularmente registradas sobre os mesmos. Existem problemas que, apesar de muito constantes, não são registrados e, portanto, não podem ser utilizados no diagnóstico da condição de saúde.

No perfil de mortalidade, serão abordados os indicadores mais relevantes e algumas causas de óbito muito frequentes, permitindo, assim, completar o diagnóstico sobre os problemas de saúde mais importantes da população brasileira, seja pela frequência dos casos, seja pela frequência dos óbitos.

Finalmente, trataremos de alguns fatores de risco associados a vários problemas de saúde e que têm merecido a atenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) na orientação dos programas de promoção da saúde em âmbito mundial.

No capítulo 4, você encontrará mais informações sobre promoção da saúde.

Conceito de risco

Em epidemiologia, a palavra 'risco' significa probabilidade de ocorrência. Assim, se quisermos saber qual o risco de um morador da cidade de Salvador adquirir câncer de pele, teríamos de calcular a probabilidade de uma pessoa pertencente à população de Salvador ter esse diagnóstico. A probabilidade é dada pela relação entre o número de casos diagnosticados em um ano e a população residente nesse mesmo ano.

Como fazer para avaliar as condições de saúde da população?

Não há como avaliar as condições de saúde através de uma só medida. Para podermos traçar um panorama populacional das condições de saúde, precisamos lançar mão de um conjunto de indicadores que podem ser agrupados em: 1) indicadores de mortalidade; 2) indicadores de morbidade; 3) indicadores de exposição a fatores de risco; 4) indicadores de estado de saúde.

Todos os indicadores podem ser construídos e analisados para a população como um todo ou para grupos populacionais definidos por idade, gênero, etnia e classe ou estrato social. Além desses indicadores construídos a partir de informações individuais, as condições de saúde podem ser avaliadas segundo o local de residência, produzindo uma informação agregada para a população residente.

Indicadores de mortalidade

Os indicadores de mortalidade tradicionalmente têm sido usados como indicadores de saúde. Pode parecer paradoxal que se utilizem taxas de mortalidade para indicar as condições de saúde. Entretanto, como os registros de óbito são obrigatórios, a disponibilidade dessa informação para a maioria das populações no mundo levou a OMS a propor diferentes taxas de mortalidade como indicadores de saúde.

No Brasil, todos os óbitos devem ser declarados em um formulário padronizado, no qual constam informações sobre o indivíduo, as causas do óbito e o médico responsável pelo atendimento. Os dados são registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estes dados são computados pelo Datasus, órgão encarregado do processamento dos dados no Sistema Único de Saúde (SUS). Dispomos de todos os dados correspondentes aos óbitos ocorridos no país segundo idade, sexo, causa básica, ano de ocorrência, local de residência e de ocorrência. Para construir as taxas, precisamos de dados sobre os óbitos (numerador) e dados sobre a população (denominador). Todos os dados podem ser obtidos pela Internet (www.datasus.gov.br).

Principais indicadores de mortalidade

Taxa de mortalidade geral = risco de morrer em uma população
Taxa de mortalidade infantil = risco de morrer antes de completar 1 ano de idade
Taxa de mortalidade neonatal = risco de morrer antes de completar 1 mês de idade
Taxa de mortalidade na infância = risco de morrer antes de completar 5 anos de idade
Taxa de mortalidade por causas específicas
Taxa de mortalidade por sexo ou cor
Taxa de mortalidade por classe social

Indicadores de morbidade

Outros indicadores usados para avaliar as condições de saúde são as taxas de ocorrência de doenças para as quais existem registros sistemáticos. Basicamente, os países têm registro das doenças de notificação compulsória, ou seja, aquelas que apresentam maior potencial de disseminação na população. A lista dessas doenças é específica para cada país. Outro dado de morbidade disponível em certos países, inclusive no Brasil, é referente às internações hospitalares. Finalmente, em algumas cidades, existem registros hospitalares ou populacionais de pacientes diagnosticados com câncer.

Leia mais sobre doenças de notificação compulsória no capítulo 22, sobre vigilância epidemiológica.

Diferentemente do registro de óbitos, que é universal, os registros de doença não alcançam todos os eventos existentes na população. Por exemplo, os casos de resfriado comum não são registrados regularmente. Para conhecer sua ocorrência, é necessário realizar pesquisas desenhadas para este fim. Outra particularidade dos dados sobre doenças é que o mesmo indivíduo tem mais de um episódio de doença ao longo da sua vida e, para doenças crônicas, existem vários episódios para o mesmo indivíduo ao longo da vida.

Uma maneira de conhecer o perfil de doenças na população é utilizar os dados registrados como indicativos do perfil de morbidade, sabendo, porém, que apenas parte da morbidade estará sendo avaliada.

Principais indicadores de morbidade

Taxa de incidência pela doença A = risco de adquirir a doença A = número de casos novos diagnosticados em um período de tempo dividido pela população exposta nesse mesmo período.

Taxa de prevalência pela doença A = estoque de casos da doença A = número de casos conhecidos da doença A em um período de tempo dividido pela população exposta nesse mesmo período.

Alguns sistemas de informação do SUS

Nome	Fonte	Principais informações
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade	Declaração de óbito	Causa básica do óbito, dados demográficos, local de ocorrência e residência e características de óbitos fetais
Sinan – Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória	Fichas de notificação e investigação de doenças	Características clínicas e epidemiológicas das doenças de notificação compulsória
Sinasc – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	Declaração de nascido vivo	Características da mãe (residência, idade, escolaridade), da criança (sexo, cor, peso, Apgar), da gestação (duração, tipo) e do parto
SIH – Sistema de Informações Hospitalares	Internações hospitais públicos e conveniados ao SUS	Características do paciente (sexo, idade, residência) e da internação (CID, procedimentos, duração da internação, valor)
Siab – Sistema de Informações da Atenção Básica	Fichas da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Cadastro de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde (hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose), acompanhamentos

Indicadores de exposição a fatores de risco

Como discutido no capítulo anterior, os determinantes de saúde são diversos e complexos e pertencem a diferentes dimensões da realidade. Os estudos epidemiológicos buscam identificar alguns fatores ou circunstâncias que podem estar associados à maior probabilidade de ocorrência das doenças. Estes fatores são chamados de fatores de risco, ou seja, situações ou condições que aumentam o risco.

Há um conjunto amplo de fatores já estudados. Entre os mais importantes, estão: consumo de cigarros, uso de álcool, sedentarismo e obesidade/desnutrição. A distribuição

populacional dessas condições também é um elemento que permite avaliar a condição de saúde, ajudando a prever a taxa de doença que a população poderá apresentar.

O Brasil monitora, desde 2006, alguns desses fatores de risco por meio do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que obtém informações, por meio de amostras probabilísticas das capitais brasileiras, sobre a população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano.

Indicadores do estado de saúde

Mais recentemente, os autores insatisfeitos com a utilização de indicadores indiretos – como são as taxas de morbidade e mortalidade – passaram a buscar indicadores positivos de saúde. Um bom indicador é a 'autoavaliação' do estado de saúde. Habitualmente, este indicador de estado de saúde é obtido através de uma simples pergunta: "Em geral você diria que seu estado de saúde é..." (ou com alguma pequena variação em sua formulação), com opções de resposta em escala. Esta pergunta geralmente faz parte de instrumentos que avaliam a qualidade de vida.

Estudos longitudinais (pesquisas nas quais grupos de indivíduos são acompanhados ao longo do tempo para avaliar os desfechos) mostram que a avaliação que os próprios indivíduos fazem de seu estado de saúde é bastante precisa, isto é, tem relação com seu estado de saúde objetivamente (Goldberg *et al.*, 2001).

Os inquéritos populacionais, incluindo a autoavaliação do estado de saúde, têm sido amplamente utilizados em diversos estudos epidemiológicos e, além de serem de fácil aplicabilidade, indicam possíveis doenças de que a pessoa é portadora. Estudos mostram sua associação com condição socioeconômica, qualidade de vida, risco de morte e utilização dos serviços de saúde (Santos, 2007).

Para a população brasileira, os dados disponíveis sobre a autoavaliação do estado de saúde são provenientes dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Um indicador tradicional que pode ser tomado como indicador global de saúde é a 'esperança de vida'. Ela é calculada utilizando-se as taxas de mortalidade por idade observadas na população cujas condições de saúde se quer avaliar, aplicando-se a uma população hipotética para estimar o número de anos que, em média, os indivíduos que pertencem a esta população podem esperar viver a partir de seu nascimento (ou em qualquer idade). Assim, a esperança de vida é uma estimativa das condições de saúde em um determinado momento.

Condições de saúde no Brasil

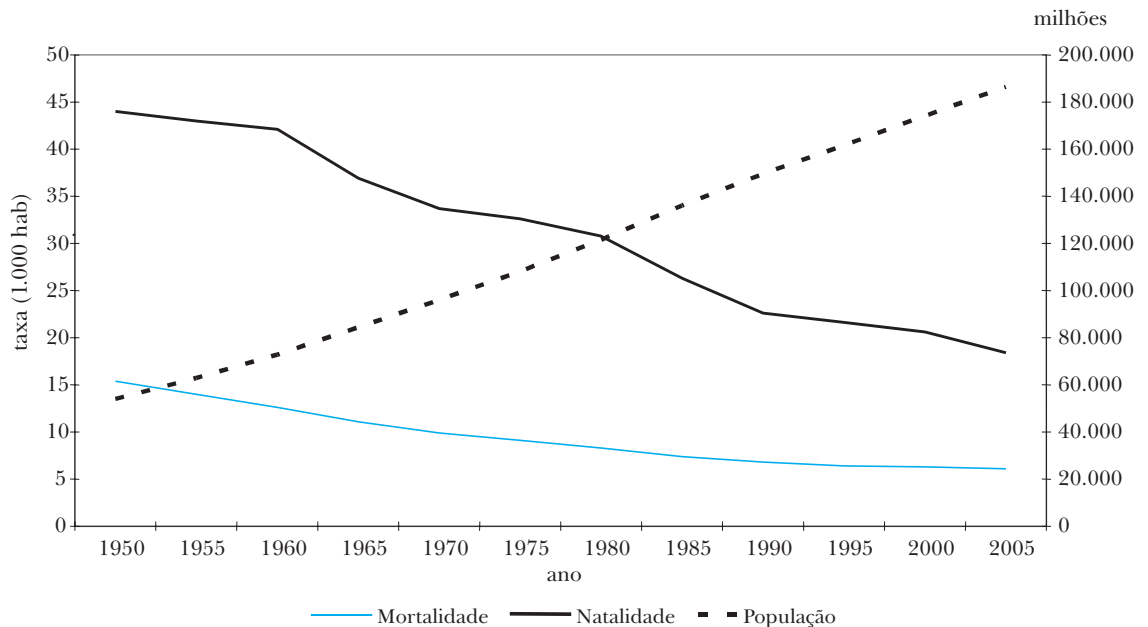
Utilizando parte dos indicadores mencionados, podemos traçar uma avaliação das condições de saúde no Brasil. Sempre que possível, apresentaremos dados de tendências históricas que permitam apreciar as mudanças nas condições de saúde que acompanham as mudanças gerais observadas na sociedade.

Até meados do século XX, a população brasileira era predominantemente rural e a economia do país dependia fundamentalmente da produção agrícola de exportação. A partir da segunda metade do século XX, o país passou por um importante processo de indus-

trialização e urbanização. As condições de saúde refletem essas mudanças. Se analisarmos as condições de saúde na primeira metade do século XX, mesmo com a precariedade dos dados disponíveis, iremos identificar a predominância de problemas de saúde associados às características da vida rural, enquanto na segunda metade observaremos o predomínio de problemas relacionados com as condições de vida urbana.

O processo demográfico da população brasileira na segunda metade do século XX está exemplificado no Gráfico 1. O crescimento vegetativo da população é resultante da diferença entre as taxas de natalidade e mortalidade em cada período do tempo.

No início do período analisado, a diferença entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade era igual a 28,6 em cada mil, ou seja, a cada ano a população crescia cerca de 2,8%. Este crescimento alto se manteve até 1965. Entre 1965 e 1980, a queda na natalidade foi mais proeminente do que a queda na mortalidade, reduzindo o crescimento a 2,3% ao ano. Entre 1985 e 2005, a redução da natalidade apresentou-se ainda mais acentuada, reduzindo a taxa de crescimento populacional a 1,2% no quinquênio de 2000 a 2005.

Gráfico 1 – Taxa de natalidade, mortalidade e população. Brasil – 1950-2005

Fonte: IBGE, 2007.

A noção de transição epidemiológica que aparece em alguns textos é inadequada para caracterizar a complexidade das relações entre condições de vida e situação de saúde e, por isso, não vamos utilizá-la aqui. As principais críticas a esse conceito são: ele adota uma visão simplista de evolução entre 'doenças carenciais' e 'doenças da abundância', que não encontra respaldo nem na teoria sobre o processo saúde-doença, nem nos dados empíricos; supõe uma sucessão de fases pelas quais todas as populações passariam, o que também não se verifica historicamente. Preferimos, portanto, trabalhar com o conceito de complexidade,

que é mais apropriado para retratar o quadro multifacetado que caracteriza as condições de saúde em todas as populações.

Estado de saúde

Tradicionalmente, as condições de saúde de uma população eram avaliadas pela falta de saúde, isto é, pela ocorrência de óbitos e doenças. Mais recentemente, vários indicadores foram desenvolvidos para avaliar diretamente o estado de saúde. Entre eles, a autoavaliação do estado de saúde se mostrou um bom indicador, facilmente obtido em inquéritos nacionais. Este indicador vem sendo utilizado em pesquisas norte-americanas há cerca de duas décadas No Brasil ele foi utilizado nas Pnads (1998, 2003 e 2008) e na Pesquisa Mundial de Saúde.

A autoavaliação do estado de saúde sofreu pequenas variações entre 1998 e 2008 (Tabela 1). Em 2008, 77,3% da população classificou sua saúde como muito boa e boa; 19% como regular; 4% como ruim e muito ruim. Entretanto, a estratificação da população por idade e sexo, renda *per capita* e regiões geográficas mostra variações nesta distribuição (Dachs & Santos, 2006; IBGE, 2008).

Tabela 1 – Autoavaliação do estado de saúde por idade. Brasil – 2008

Idade (anos)	Muito boa (%)	Boa (%)	Regular (%)	Ruim (%)	Muito ruim (%)
14 a 44	23,8	58,8	15,4	1,6	0,4
45 a 64	12,3	46,5	33,3	6,4	1,5
65 a 84	7,3	35,1	43,3	11,1	3,0
85 e mais	5,5	30,6	41,3	17,3	5,3

Fonte: IBGE, 2008.

Os dados mostram que, à medida que as idades aumentam, o estado de saúde percebido tende a piorar. Para 83% dos indivíduos de 14 a 44 anos, o estado de saúde percebido é bom ou muito bom. Já no grupo dos maiores de 84 anos, esta proporção cai para 37%. O inverso pode ser observado para a classificação do estado de saúde como ruim ou muito ruim. Entre jovens e adultos, 2% adotam essa classificação, enquanto 23% dos idosos com mais de 84 anos consideram sua saúde ruim ou muito ruim (Tabela 1).

As mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde como pior quando comparado com a percepção dos homens. Estas diferenças são atribuídas, em parte, a diferenças de gênero, isto é, a aspectos culturais que diferenciam a percepção de homens e mulheres; e, em parte, a diferenças biológicas ligadas ao ciclo reprodutivo. As diferenças culturais parecem ser mais importantes, uma vez que em todas as idades o mesmo padrão se repete, não estando restrito à idade reprodutiva. O mesmo padrão pode ser observado na maior parte das populações humanas.

Na Tabela 2, no quintil superior de renda, isto é, as pessoas com renda *per capita* de R$ 730,00 a R$ 150.000,00 por mês, em 2008, tendem a perceber sua saúde como melhor do que as demais.

Tabela 2 – Autoavaliação do estado de saúde segundo quintis de renda *per capita*. Brasil – 2008

Renda *per capita* (R$)	Muito bom e bom	Regular	Ruim e muito ruim
0 – 145	76,2	19,9	3,9
145 – 259	75,1	20,8	4,1
260 – 414	76,2	19,9	3,8
415 – 729	74,2	21,2	4,6
730 – 150.000	83,5	14,4	2,2

Fonte: IBGE, 2008.

Para refletir
Quais seriam as possíveis explicações para a distribuição encontrada de autoavaliação do estado de saúde por renda *per capita*?

Existem também diferenças na avaliação do estado de saúde segundo as regiões brasileiras, que, por sua vez, refletem os distintos graus de desenvolvimento econômico e social, a composição etária da população e a distribuição de renda existente em cada região. A melhor situação é observada na região Sudeste, onde 80% das pessoas classificam sua saúde como boa ou muito boa. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentam proporção um pouco menor de indivíduos com saúde boa ou muito boa (78%). As piores condições são observadas nas regiões Norte e Nordeste, onde 76% e 73% dos indivíduos, respectivamente, consideram sua saúde boa ou muito boa (IBGE, 2008).

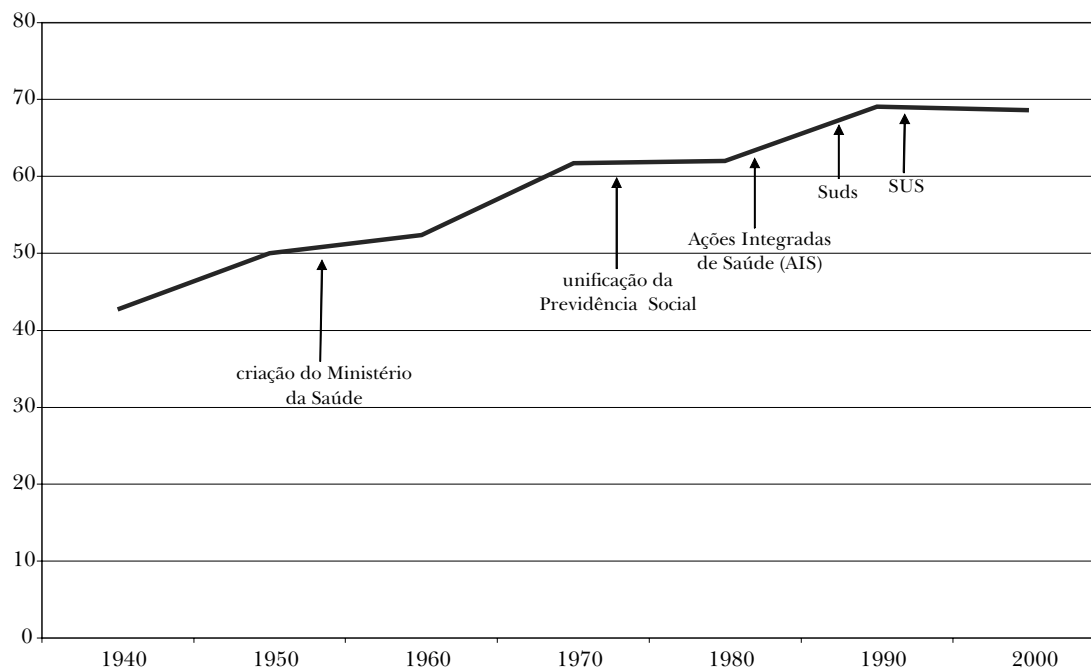
Se pretendêssemos avaliar as condições de saúde da população brasileira usando apenas este indicador, poderíamos dizer que as condições são regulares ou ruins, pois 17% a 25% das pessoas declaram ter saúde regular, ruim ou muito ruim, o que é um percentual alto. A comparação com dados do inquérito nacional de saúde dos Estados Unidos mostra condição pior para a população brasileira por idade, gênero e cor (IBGE, 2008).

Esperança de vida ao nascer

A esperança de vida ao nascer resume o impacto da mortalidade em uma população, e por isso ela é utilizada como indicador global de saúde. No Brasil, segundo informações do IBGE, a esperança de vida em 1910 era de apenas 34,6 anos para a população feminina e 33,4 anos para a masculina. Estes dados significam que, dada a situação de vida na época, os brasileiros poderiam esperar viver em média até 33 ou 34 anos. Estes valores eram fortemente afetados pelo alto risco de morrer nos primeiros anos de vida.

O Gráfico 2 mostra a evolução da esperança de vida da população brasileira entre 1940 e 2000. Nesse período, a esperança de vida ao nascer passou de 42,7 anos para 68,6 anos. Os maiores aumentos foram observados entre 1960 e 1970 (nove anos de acréscimo) e entre 1980 e 1990 (sete anos de acréscimo). Na década de 1990, a esperança de vida ao nascer apresentou discreta diminuição em consequência dos impactos da epidemia de Aids e do aumento da violência urbana.

Gráfico 2 – Série histórica da esperança de vida ao nascer da população brasileira – 1940-2000*

criação do Ministério da Saúde
unificação da Previdência Social
Ações Integradas de Saúde (AIS)
Suds
SUS

* Assinalamos alguns marcos das políticas de saúde no período considerado. Não há nenhuma relação direta de 'causa e efeito' entre elas e a esperança de vida. Pretendemos apenas situar historicamente ambos os fenômenos.

Fonte: IBGE, 2007.

A esperança de vida para a população brasileira em 2008 foi de 73 anos, ou seja, uma pessoa nascida no Brasil pode esperar viver, em média, 73 anos. Assim como para o indicador anterior, é possível observar diferenças por gênero. Para os homens, a esperança de vida é de 69 anos e para as mulheres, 77 anos. Em todas as populações e para todas as idades, a esperança de vida é maior para as mulheres. Porém, a grande diferença de oito anos observada no Brasil é decorrência do excesso de mortes violentas que estão mais concentradas entre os homens jovens (Ripsa, 2009).

Entre as regiões brasileiras também se observam diferenças, sendo que a menor esperança de vida é a da população do Nordeste (70 anos) e a maior é a da região Sul (75 anos). Em todas elas, notam-se as diferenças já assinaladas por gênero, variando entre seis e oito anos a favor das mulheres conforme a região. Entre 1991 e 2008, a esperança de vida aumentou em seis anos para os homens e em sete anos para as mulheres (Ripsa, 2009).

Em termos mundiais, o país líder é o Japão, com esperança de vida de 83 anos (Tabela 3). Entre os 192 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil está na posição 82. Portanto, na posição mediana: metade dos países tem esperança de vida maior do que a nossa. Com base neste indicador, também poderíamos classificar as condições de saúde no Brasil como regulares.

Tabela 3 – Esperança de vida (EV) ao nascer para países selecionados – 2005-2010

País	EV	País	EV	País	EV
Angola	48,1	BRASIL	72,9	Canadá	81,0
Moçambique	48,4	Argélia	72,9	Espanha	81,3
África do Sul	52,0	Argentina	72,9	Suécia	81,3
Índia	64,4	Estados Unidos	79,6	Itália	81,4
Bolívia	66,3	Grécia	79,7	Austrália	81,9
Egito	70,5	Reino Unido	79,8	Japão	83,2

Fontes: UN, 2007; IBGE, 2009.

De maneira geral, a esperança de vida ao nascer é mais baixa nos países africanos e asiáticos, apresenta valores intermediários nos países americanos e valores mais altos nos países europeus e na Oceania. Entretanto, observam-se: padrões diferenciados entre os países africanos do norte do continente e os países subsaarianos, como, por exemplo, Argélia e África do Sul; um país asiático, como o Japão, com o maior valor mundial para a esperança de vida e um país americano, como o Canadá, com esperança de vida semelhante à dos países europeus. Na Tabela 3, também é mostrado que a esperança de vida ao nascer não é diretamente proporcional à riqueza do país. Os Estados Unidos, país mais rico do mundo, têm esperança de vida próxima à observada em países relativamente mais pobres, como a Grécia.

Assim, em relação ao estado de saúde da população brasileira, mensurado pela esperança de vida ao nascer e pela autopercepção do estado de saúde, podemos considerar que as condições são regulares, ou seja, que os indicadores nacionais encontram-se na posição mediana.

O perfil de morbidade

Para traçar de maneira abrangente o perfil de morbidade da população brasileira, seria necessário considerar os problemas de saúde mais importantes por sua frequência ou pelos impactos potenciais. Idealmente, deveríamos identificar os principais problemas que demandam assistência médico-sanitária nos diferentes níveis de atenção do sistema: na atenção básica, na atenção especializada de média complexidade tecnológica e na atenção de alta complexidade. Entretanto, não existem informações facilmente acessíveis sobre esses problemas. Os diferentes sistemas de informação sobre os atendimentos nos serviços de saúde incluem apenas parte da população que utiliza serviços públicos de saúde.

Optamos por abordar alguns problemas de saúde específicos, cujos dados estão disponíveis no Sistema de Vigilância Epidemiológica e que demandam ações organizadas do Estado para atendimento individual e para modificar as condições de produção e transmissão dessas doenças. Como exemplos, selecionamos a malária, a dengue, a tuberculose e a Aids, problemas considerados importantes para a saúde mundial.

Além dessas doenças específicas, incluímos algumas breves considerações sobre três grupos de problemas de saúde que representam grande demanda para os serviços de saúde: as doenças crônicas, os transtornos psiquiátricos e a violência doméstica.

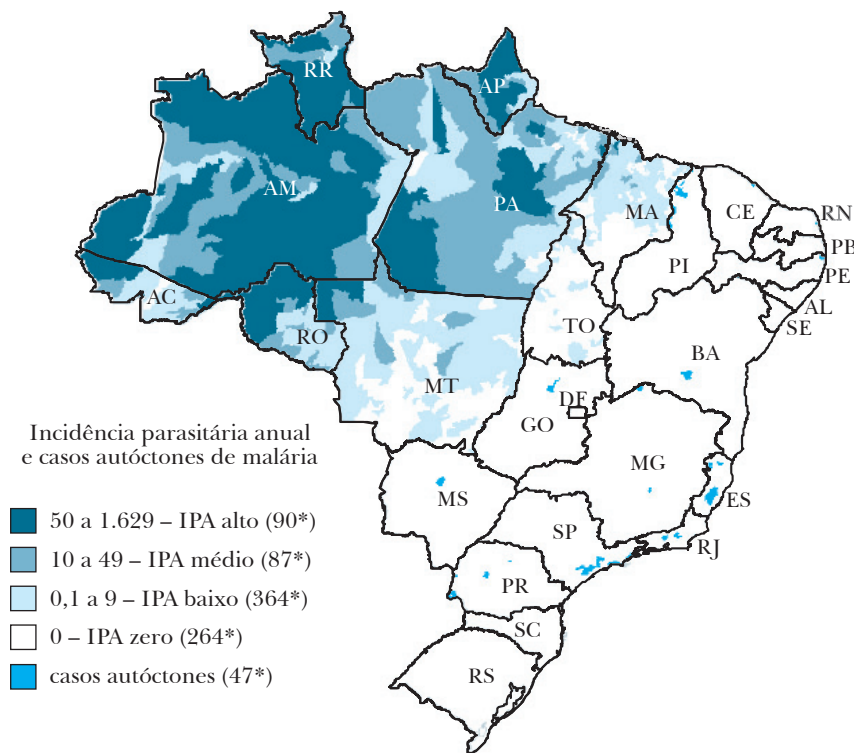
Finalmente, consideramos também as doenças evitáveis por vacinação, pois elas constituíam as principais causas de enfermidades na infância, respondendo por parcela considerável de óbitos no período anterior à instituição do Programa Nacional de Imunização.

Malária

Entre as endemias vigentes no país, uma das doenças com maior incidência é a malária. Embora tenham ocorrido cerca de 540 mil casos novos por ano em 2006, a incidência está concentrada em 10% dos municípios, dos quais 90% localizados na região Amazônica (Figura 1). O risco de infecção avaliado pelo índice parasitário anual (IPA) permite classificar esses municípios em quatro grupos: 90 municípios com alto risco de transmissão (IPA>50 casos por mil habitantes); 87 municípios de médio risco (IPA entre 10 e 49 casos por mil habitantes); 364 municípios com baixo risco de transmissão (IPA<10 casos por mil habitantes); 47 municípios fora da região Amazônica, onde ainda ocorre transmissão natural de forma esporádica.

Figura 1 – Incidência parasitária anual e casos autóctones de malária na região extra-Amazônica segundo municípios brasileiros – 2006

Incidência parasitária anual
e casos autóctones de malária

- 50 a 1.629 – IPA alto (90*)
- 10 a 49 – IPA médio (87*)
- 0,1 a 9 – IPA baixo (364*)
- 0 – IPA zero (264*)
- casos autóctones (47*)

* Quantidade de municípios

Fonte: SVS, 2006.

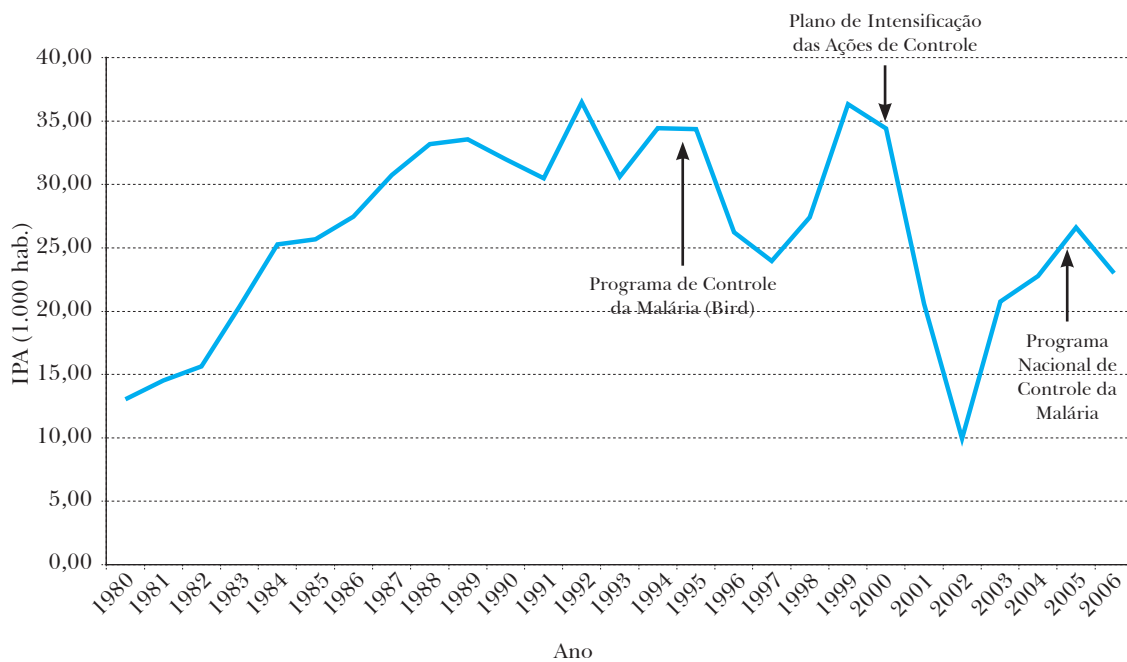
Até o começo da década de 1960, a malária apresentava alta incidência praticamente em todos os estados do país, com exceção do Rio Grande do Sul, pois a maior parte da superfície territorial brasileira era coberta por matas e havia grande abundância de mosquitos vetores.

A transmissão era extremamente facilitada pelas atividades agrárias, às quais a maioria da população se dedicava. Com o rápido processo de urbanização e industrialização, observado principalmente nas regiões Sudeste e Sul, as condições para a ocorrência da doença foram modificadas. Simultaneamente, o Ministério da Saúde implantou o programa de erradicação da doença, obtendo excelentes resultados em praticamente todo o país, exceto na Amazônia. Mesmo assim, em 1970, após a primeira fase da campanha de erradicação, foram registrados 50 mil casos da doença, em comparação aos mais de cinco milhões de casos existentes antes da campanha.

A tendência secular da malária a partir de 1980 (Gráfico 3) mostra o aumento crescente no número de casos e no IPA, passando de 160 mil casos para 615 mil no ano 2000. Este aumento explosivo ocorreu na região Amazônica, em decorrência do processo desordenado de ocupação.

Com a construção de rodovias, como a Transamazônica e a BR-346, o povoamento da região foi intensificado sem que houvesse condições mínimas de segurança ambiental. Somaram-se os programas de assentamento rural do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), o estabelecimento de madeireiras para exploração comercial, garimpos de ouro, substituição das matas por pastagens e outros processos predatórios.

A instituição do Programa de Intensificação do Controle da Malária reduziu a incidência para 200 mil casos em 2002. A despeito do recuo verificado nesses dois anos, a incidência tornou a crescer nos anos seguintes, chegando a 600 mil casos, em 2005, e 540 mil casos, em 2006. Em 2008 foram registrados cerca de 300 mil casos novos.

Gráfico 3 – Tendência secular da malária na Amazônia Legal. Brasil – 1980-2005

Fonte: SVS, 2006.

Dengue

Outra endemia extremamente relevante é a dengue. Diferentemente da malária, que afeta principalmente populações rurais e periurbanas, a dengue é uma doença eminentemente urbana. A infestação pelo *Aedes aegypti* está presente em praticamente todo o território nacional. Quatro tipos sorológicos do vírus estão em circulação no país e, desde a década de 1990, as ondas epidêmicas se sucedem a cada três anos, repetindo o padrão observado no Sudeste Asiático.

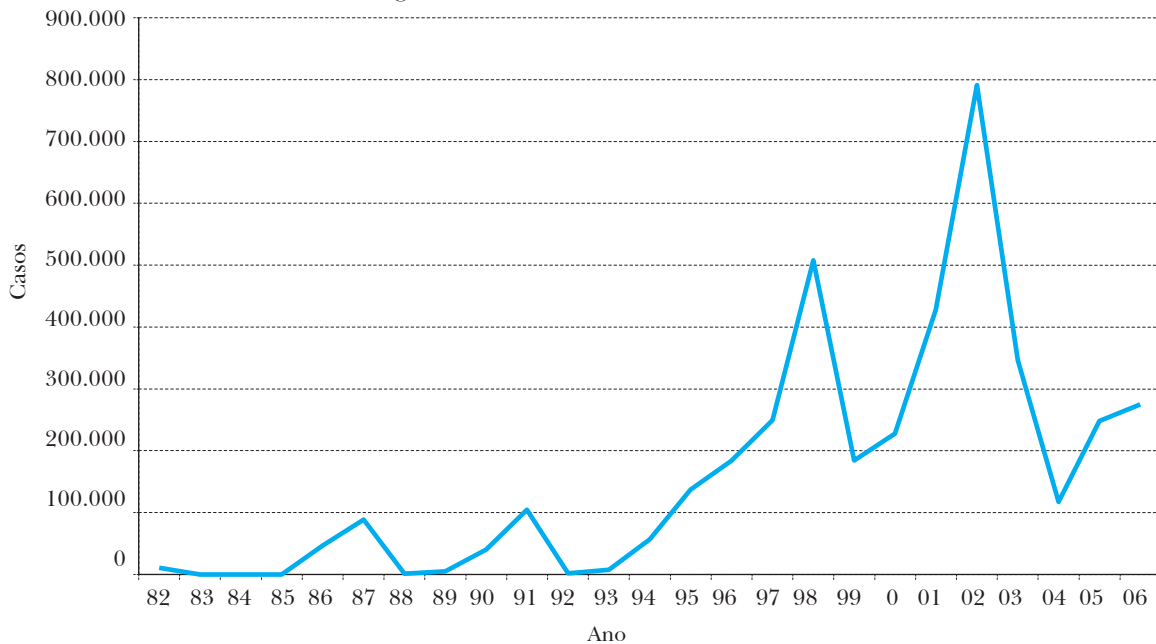
A grande dificuldade de controlar as epidemias sucessivas de dengue, bem como sua ocorrência endêmica em determinadas áreas decorre do fato de que o vetor é um mosquito extremamente adaptado aos domicílios urbanos. Ele pode se desenvolver em qualquer tipo de coleção de água limpa. Assim, latas, pneus, vasos, plantas como as bromélias e outros recipientes que conservam a água da chuva podem ser criadouros para esses mosquitos. A quantidade crescente de lixo produzido nas cidades e muitas vezes presente nos quintais das habitações regulares ou no entorno das favelas é o principal determinante para o aumento da densidade de mosquitos e o favorecimento da transmissão.

A incidência cresceu de 34,5 casos por cem mil habitantes em 1986, quando a doença foi reintroduzida no país, para 385,1 casos por cem mil em 2002. Em 2006, foram notificados 275 mil casos em todo o país, com incidência de 137,62 casos por cem mil. A tendência de aumento verificada a partir de 2005 continuou em 2008, com incidência de 293 por cem mil (SVS, 2009).

Gráfico 4 – Casos de dengue notificados. Brasil – 1982-2006

Casos
900.000
800.000
700.000
600.000
500.000
400.000
300.000
200.000
100.000
0

82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 0 01 02 03 04 05 06

Ano

Fonte: SVS, 2007.

No Gráfico 4, encontra-se a tendência secular dos casos de dengue notificados no país entre 1982 e 2006. É possível identificar um padrão cíclico de ocorrência de epidemias (picos) e valores crescentes ao longo do tempo, independentemente das ações de controle

adotadas pelos serviços de saúde. Embora desde o início dos anos 90 o país esteja tentando conter a transmissão da doença, a tendência da incidência tem sido aumentar progressivamente a cada episódio epidêmico. A infestação pelo vetor está presente em todo o território nacional e foram progressivamente introduzidos os quatro tipos de vírus hoje circulantes. Portanto, podemos concluir que a estratégia de controle adotada não está apresentando resultados satisfatórios.

Em 2008, todas as regiões do país, excetuando a região Sul (oito casos por cem mil), apresentaram incidências superiores a trezentos casos por cem mil habitantes (SVS, 2009).

Tuberculose

Outra doença infecciosa bastante importante no perfil de morbidade no Brasil é a tuberculose. Desde o advento do tratamento antimicrobiano, em meados no século XX, observou-se uma ampla redução na mortalidade por esta causa. Porém, a incidência permaneceu alta em todas as regiões do país. Na década de 1990, o quadro praticamente não se alterou, permanecendo em torno de cinquenta casos por cem mil. No entanto, a partir de 2000, observa-se uma queda na incidência em todas as regiões. Em 2010, a incidência no país era de 37 casos por cem mil (SVS, 2011).

A transmissão da tuberculose é facilitada pelas condições de vulnerabilidade das pessoas infectadas – como desnutrição, alcoolismo e doenças que reduzem a capacidade imune – e pelas condições de moradia, em que se destacam as aglomerações intradomiciliares e os ambientes úmidos, pouco ventilados e pouco ensolarados. As principais formas de controle são o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

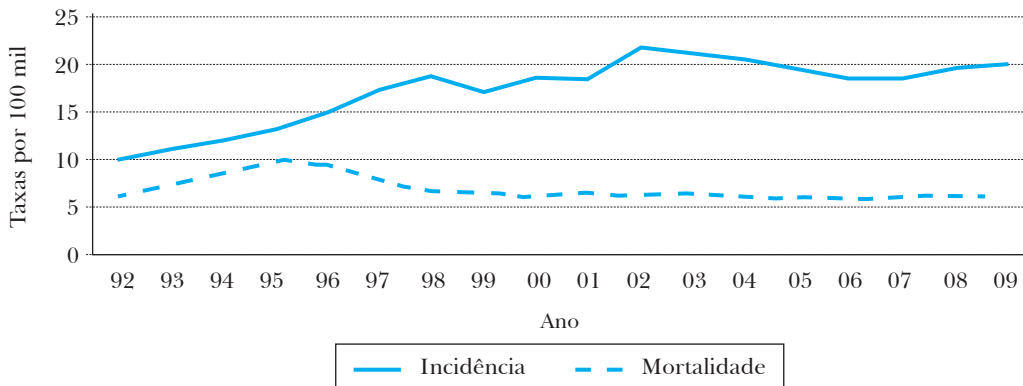
Durante as décadas de 1980 e 1990, constatou-se o aumento da incidência da tuberculose não apenas nos países não desenvolvidos, mas também nos países mais desenvolvidos, em associação com o aparecimento da epidemia de Aids e com o aumento da proporção da população vivendo em condições de pobreza extrema nos grandes centros urbanos em todo o mundo. Entre moradores de rua e população albergada, as incidências são muito altas, e parte dos casos apresenta resistência aos medicamentos existentes, tornando a doença extremamente grave.

Aids

Ainda entre as doenças infecciosas, é importante destacar a epidemia de Aids, presente no país desde a década de 1980 (veja a taxa de incidência e mortalidade no Gráfico 5). A incidência registrada em 2009 foi de 20,1 casos por cem mil habitantes, correspondendo a 38.538 casos no país (SVS, 2011).

O risco de infecção é desproporcionalmente alto entre usuários de drogas injetáveis (cerca de novecentos casos por cem mil expostos); muito alto entre homossexuais masculinos (cerca de trezentos casos por cem mil); e considerável entre heterossexuais de ambos os sexos (cerca de três casos por cem mil). A distribuição proporcional dos casos – que não avalia os riscos, mas apenas mede a parcela que cada modo de transmissão representa em relação ao todo – mostra concentração maior de casos entre os heterossexuais (40%), seguidos dos homo e bissexuais (18%), usuários de drogas injetáveis (14%) e transmissão vertical (3%), refletindo a proporção desses grupos na população em geral.

Gráfico 5 – Taxa de incidência e mortalidade por Aids. Brasil – 1992-2009

Taxas por 100 mil
25
20
15
10
5
0
92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09
Ano
Incidência Mortalidade

Fonte: SVS, 2010.

O programa de controle da Aids foi instituído no Brasil praticamente desde o início da epidemia, contando com a participação ativa das organizações não governamentais, principalmente nas atividades de prevenção. A distribuição gratuita dos medicamentos para qualquer paciente que deles necessite também é uma característica importante do programa, que certamente tem contribuído para a redução da mortalidade e reduzido a carga viral, tornando, provavelmente, menor o risco de transmissão de um indivíduo contaminado para um indivíduo suscetível.

Doenças evitáveis por vacinação

Ainda com relação a doenças infecciosas, é importante frisar que as doenças evitáveis por imunizações apresentaram redução expressiva no país após a extensão da cobertura vacinal. Entre 1980 e 2008, a incidência de coqueluche, difteria, sarampo, rubéola e tétano neonatal reduziu-se em mais de 95%. Convém chamar a atenção para algumas tendências mais atuais. Em 2008, não houve casos de sarampo no país. No entanto, ocorreram 1.375 casos de coqueluche (58% de aumento em relação a 2007) e uma epidemia de rubéola em 2007, com 8.128 casos notificados.

As meningites por *Haemophilus influenza* apresentaram redução de 94%, entre 1995 e 2005, após a introdução da vacina na rotina de atendimento aos menores de um ano. A poliomielite, que nos anos 50 provocava grandes epidemias e produzia número considerável de indivíduos portadores de sequelas definitivas, foi completamente eliminada do país através da ampliação da cobertura vacinal.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é um dos maiores do mundo em número de vacinas incluídas e em número de doses aplicadas. Embora o programa tenha sido criado ainda no final da década de 1970, apenas com a universalização do acesso aos serviços de atenção básica, possibilitado pelo SUS, as coberturas vacinais atingiram níveis suficientes para interromper a transmissão desses agentes infecciosos na população. O Brasil é referência mundial para programas de imunização, estando entre os países que obtiveram os melhores resultados no controle dessas doenças.

O principal impacto do PNI nas condições de saúde pode ser observado tanto na redução das taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano de idade) quanto na redução das taxas de mortalidade na infância (menores de 5 anos).

Doenças crônicas

Além das doenças infecciosas, o perfil epidemiológico da população brasileira apresenta prevalência crescente das doenças crônicas, cuja etiologia é bastante complexa, envolvendo diferentes aspectos das condições de vida. Tal prevalência só pode ser conhecida por meio de inquéritos populacionais, uma vez que não há registros sistemáticos para toda a população.

De maneira geral, a prevalência de doenças crônicas autorreferidas pela população nas Pnads de 1998, 2003 e 2008 ficou em torno de 30% para a população adulta. Esta taxa varia com: 1) o gênero – é maior em mulheres; 2) a idade – é diretamente proporcional ao seu aumento; 3) a condição socioeconômica – é inversamente proporcional ao nível de escolaridade, renda e posse de bens. Entre as condições crônicas mais mencionadas pela população, estão as dores lombares, a artrite ou o reumatismo e a hipertensão arterial, todas elas afetando mais de 10% da população adulta.

Estas doenças são importantes porque, ao serem de longa duração, representam grande parte da demanda por serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Os dispêndios da população com medicamentos de uso contínuo para o controle dessas enfermidades constituem parcela relevante dos gastos familiares em todas as faixas de renda. Elas também estão entre as principais causas de internação hospitalar.

Com o processo de envelhecimento populacional, o grupo das doenças crônicas, que já é bastante importante, tende a se tornar cada vez mais relevante. Os fatores de risco, cuja distribuição populacional discutiremos mais adiante, são todos relacionados com a produção dessas doenças e devem ser os alvos preferenciais nos programas de promoção da saúde.

Transtornos psiquiátricos

Nos atendimentos realizados na rede básica de serviços de saúde, os problemas relacionados com a saúde mental são bastante frequentes. Os indicadores de saúde tradicionais, por estarem baseados principalmente em dados de mortalidade, não são capazes de captar a relevância que estes problemas apresentam no perfil epidemiológico de morbidade.

Os dados disponíveis são escassos, porém, alguns estudos populacionais podem dar uma ideia da magnitude do problema. Veras e Coutinho (1991), estudando a população de idosos de três bairros do Rio de Janeiro, encontraram prevalências de depressão variando entre 20,9%, em moradores da área com melhor nível socioeconômico, a 36,8%, em moradores da área mais pobre. Outro estudo multicêntrico realizado em clientela de serviços de atenção básica do Distrito Federal, de São Paulo e de Porto Alegre encontrou taxas de prevalência de depressão variando de 0,9%, em São Paulo, a 10,2%, em Porto Alegre (Mari *et al.*, 1987).

Já os transtornos mentais comuns apresentaram prevalência de 29% em uma amostra de trabalhadores da uma universidade pública brasileira, com prevalência de 22% para os homens e 34% para as mulheres (Lopes, Faerstein & Chor, 2003). Entre a clientela do Programa Saúde da Família do município de São Paulo, a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 24,1%, sendo maior entre as mulheres, os maiores de 45 anos, os indivíduos com baixa escolaridade e os de baixa renda e os migrantes (Maragno *et al.*, 2006).

Estudo multicêntrico incluindo a região metropolitana de São Paulo e duas cidades do interior, em 2002, encontrou prevalência de 10,7% para os homens e 23,2% para as mulheres (Cesar *et al*., 2005).

Os problemas psiquiátricos agudos geraram 251 mil internações no SUS em 2010, correspondendo a 2,5% do total de internações hospitalares e 5% dos gastos efetuados pelo SUS para pagamento de hospitalizações no país.

Violência doméstica

Outro problema muito frequente em serviços de atenção básica, mas ainda pouco conhecido e divulgado, refere-se às consequências da violência doméstica para mulheres, homens, crianças e idosos. Não há dados representativos para o país como um todo. Entretanto, os estudos realizados com clientelas de serviço apontam prevalências alarmantes.

A violência doméstica representa um enorme desafio para as equipes de saúde, seja na atenção básica, seja na atenção hospitalar, pois a maioria dos profissionais não está adequadamente treinada para enfrentar o problema. Tradicionalmente, as questões relativas à violência foram consideradas do âmbito policial ou da segurança pública. Entretanto, as repercussões sobre a saúde – nas dimensões física, mental e social – são tais que elas não podem ser ignoradas pelo setor saúde.

Além disso, há investigações conduzidas, principalmente nos Estados Unidos, mostrando que os serviços de saúde são as instituições que têm maior possibilidade de detectar o problema e tentar interferir no processo antes que a violência resulte em óbito.

Embora as informações ainda sejam escassas, devemos considerar esses problemas entre os principais no perfil epidemiológico de morbidade, evitando, assim, que os mesmos continuem a ser ignorados ou ocultados por falta de conhecimentos.

Resumindo o perfil de morbidade

Na análise das condições de saúde, o perfil de morbidade importa mais pela complexidade de sua composição do que pela intensidade dos indicadores. Os poucos exemplos selecionados aqui para caracterizar o perfil de morbidade da população brasileira mostram que ele é complexo, incluindo problemas agudos e crônicos de saúde, doenças que estão mais relacionadas com características dos comportamentos humanos e com as condições de vida em geral, como a Aids e as doenças crônicas não transmissíveis, e problemas que exigem intervenções sobre o ambiente, como a malária e a dengue. É importante ressaltar que, além de doenças propriamente ditas, o perfil de morbidade inclui problemas de saúde como os transtornos mentais comuns e os efeitos da violência doméstica ou familiar.

O perfil epidemiológico de morbidade no Brasil reúne todos esses tipos de problemas de saúde, refletindo a complexidade da organização social e a diversidade de situações que caracterizam a estrutura epidemiológica atual. Preferimos a noção de complexidade à noção de transição epidemiológica, pois esta dá a ideia de uma evolução linear, na qual tipos de problemas considerados 'arcaicos' são substituídos por problemas 'modernos'. Nesta visão, a fase de doenças infecciosas e doenças carenciais – características de sociedades arcaicas, rurais e pobres – daria lugar à fase das doenças crônicas ligadas aos estilos de vida na sociedade moderna. Entretanto, como vimos no caso brasileiro, a situação não é tão simples e todos os tipos de problemas de saúde coexistem na sociedade como um todo.

Na realidade concreta das sociedades, o processo não é linear nem, se observa a simples substituição de um conjunto de problemas por outro.

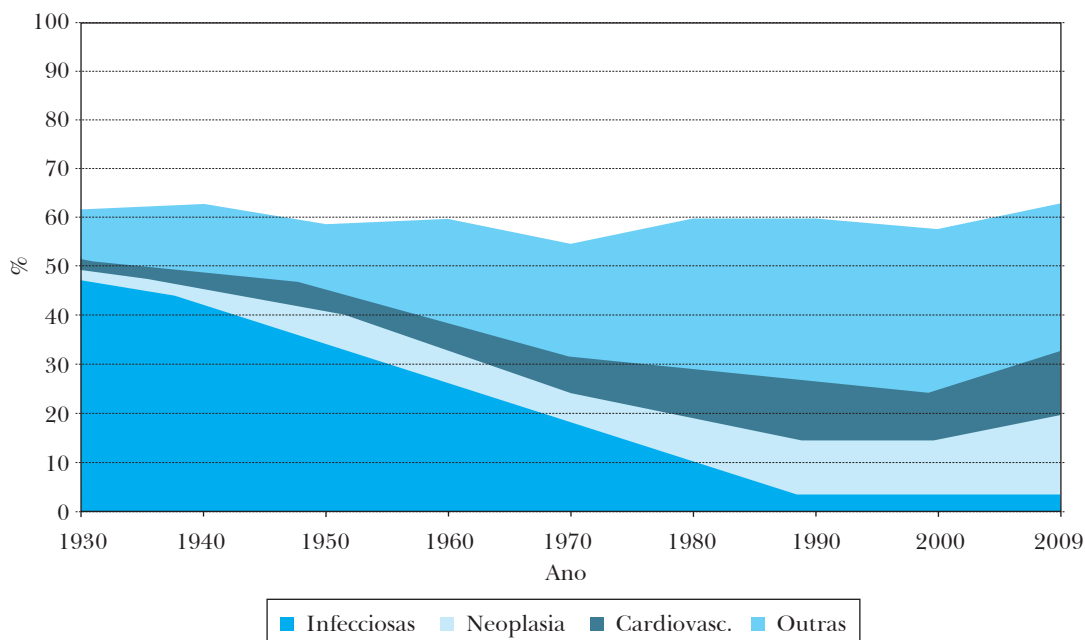
Os perfis epidemiológicos retratam a multiplicidade de situações de produção do processo saúde-doença, não podendo ser reduzidos, sem perda de capacidade explicativa, a uma simples sucessão de fases perfeitamente diferenciadas. Os mesmos processos sociais que caracterizam a modernidade determinam o aumento das doenças crônicas por meio de uma série de mecanismos relacionados à contaminação ambiental, ao envelhecimento populacional, à obesidade, ao sedentarismo etc., o agravamento de doenças infecciosas já existentes e o aparecimento de novas doenças. Não é possível separar um processo do outro, como se houvesse uma justaposição de condições de vida e de condições de saúde de diferentes tempos históricos.

Perfil de mortalidade

Em relação ao perfil de mortalidade, dois aspectos fundamentais para a avaliação das condições de saúde são: a distribuição das causas de morte e o padrão etário da mortalidade.

Distribuição das causas de morte

O primeiro aspecto pode ser avaliado pela importância relativa dos grupos de causas de morte ao longo do tempo. Se agruparmos as causas de morte em causas infecciosas, neoplasias, cardiovasculares, agressões e violências e as demais, podemos analisar a evolução do perfil de mortalidade proporcional ao longo do tempo (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Mortalidade proporcional por grupo de causas. Brasil – 1930-2009

Fontes: Silva-Junior *et al.*, 2003; Datasus, 2011.

No Gráfico 6, não é medido o risco de morrer por estas diversas causas na população. É apresentado, apenas, qual era a contribuição proporcional de cada grupo de causa na mortalidade geral.

Assim, podemos observar que, em 1930, quase 50% dos óbitos da população brasileira eram provocados por doenças infecciosas. Este grupo de causas permanece como o principal até a década de 1960. A partir de 1970, a mortalidade proporcional por doenças infecciosas deixa de ser a principal causa de morte. A redução proporcional da mortalidade por doenças infecciosas acarreta o aumento proporcional de todas as outras causas.

O segundo grupo de causas com frequência relativa em 1930 era o das cardiovasculares, respondendo por aproximadamente 10% dos óbitos. O percentual manteve-se praticamente inalterado até 1950 e, a partir daí, há um crescimento acentuado. Em 1970, as causas cardiovasculares ultrapassam as infecciosas, tornando-se as principais causas de óbito na população brasileira. Proporcionalmente, as causas que mais cresceram no período foram as neoplasias e as causas externas (aumento de cinco vezes).

Os processos sociais mais significativos para explicar as mudanças observadas no perfil da mortalidade proporcional foram a urbanização e a industrialização ocorridas no país após a década de 1960; o progressivo envelhecimento populacional determinado pela redução da taxa de fecundidade e redução da mortalidade na infância; a melhoria das condições de saneamento básico nas zonas urbanas; a melhoria das condições nutricionais; as modificações nos hábitos alimentares e de atividades físicas; o crescimento do crime organizado e o aumento da frota de veículos motorizados. Todos eles contribuíram, em alguma medida, para as transformações observadas.

No plano das políticas de saúde, no período entre 1930 e 1950, a atuação se restringe ao âmbito da saúde pública, com as campanhas promovidas pela Fundação Rockfeller para o diagnóstico e o tratamento da malária e da ancilostomose, dois problemas que afetam a produtividade do trabalhador rural. A assistência médica à população rural era realizada pelas Santas Casas e por outros hospitais filantrópicos e pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores urbanos. A cobertura de serviços era insuficiente. Diversas iniciativas foram tomadas a partir da década de 1970, no sentido de unificar os serviços públicos de saúde e universalizar o acesso. Esse movimento culminou na criação do SUS já na década de 1990. No caso específico das enfermidades infecciosas, foram determinantes na queda da mortalidade proporcional: o desenvolvimento e uso de antibióticos, reduzindo significativamente a gravidade dessas doenças, e a ampliação da cobertura vacinal, diminuindo acentuadamente a incidência de doenças que eram causas importantes de mortalidade na infância.

Você encontra mais informações sobre estas e outras medidas atinentes às políticas de saúde do período Imperial (1822) até a constituição do SUS (1990) nos capítulos 11 e 12.

As principais causas de morte são apresentadas na Tabela 4 para o Brasil e para os países membros da OMS, agrupadas por nível de renda. Apenas 17 causas são responsáveis por mais da metade dos óbitos na população mundial.

Nos países de renda alta, as dez principais causas se distribuem entre cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas e metabólicas. Nenhuma das causas pertence ao grupo das doenças infecciosas ou das causas violentas. Para os países de renda média, como o Brasil, além das causas cardiovasculares, neoplásicas e respiratórias, aparecem doenças infecciosas, acidentes e causas perinatais.

Nos países com renda baixa, nenhuma das causas pertence ao grupo das neoplasias, e as demais se distribuem entre as causas cardiovasculares, respiratórias, infecciosas e perinatais. Chama a atenção que, para estes países, além da Aids – que já aparecia entre os países de renda média –, são causas importantes de mortalidade a malária, a tuberculose e as diarreias. Os acidentes de trânsito aparecem em último lugar.

Tabela 4 – Mortalidade proporcional para as dez principais causas de óbito. Brasil e países de alta, média e baixa renda – 2002

Causas	Brasil	Países com renda alta	Países com renda média	Países com renda baixa
Doença coronariana	7,5 (2ª)	17,1 (1ª)	13,4 (2ª)	10,8 (1ª)
Doença cerebrovascular	7,8 (1ª)	9,8 (2ª)	14,6 (1ª)	6,0 (5ª)
Câncer de pulmão	1,5 (9ª)	5,8 (3ª)	2,7 (8ª)	
Pneumonias	3,2 (6ª)	4,3 (4ª)	3,3 (4ª)	10,0 (2ª)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,3 (5ª)	3,9 (5ª)	7,6 (3ª)	3,1 (9ª)
Câncer de cólon e reto		3,3 (6ª)		
Alzheimer		2,7 (7ª)		
Diabetes	3,4 (4ª)	2,7 (8ª)		
Câncer de mama		1,9 (9ª)		
Câncer de estômago		1,8 (10ª)	2,8 (5ª)	
HIV/Aids			3,0 (6ª)	7,5 (3ª)
Causas perinatais	1,3 (10ª)		2,9 (7ª)	6,4 (4ª)
Acidentes de trânsito	3,1 (7ª)		2,6 (9ª)	1,9 (10ª)
Doença cardíaca hipertensiva	2,6 (8ª)		2,6 (10ª)	
Doenças diarreicas				5,4 (6ª)
Malária				4,4 (7ª)
Tuberculose				3,1 (8ª)
Homicídios	4,2 (3ª)			

Fontes: WHO, 2007; Datasus, 2007.

Distribuição dos óbitos por idade

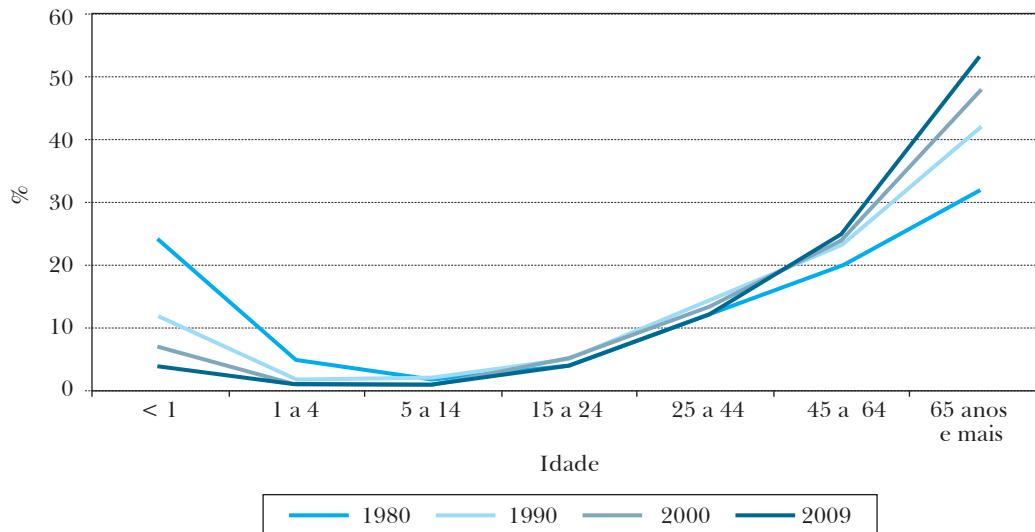
Além do perfil de distribuição das causas, é importante conhecer o perfil de distribuição dos óbitos por idade, para avaliar as condições de saúde de uma população. Do ponto de vista sanitário, o ideal é que a taxa de mortalidade seja muito baixa entre crianças, jovens e adultos e só comece a aumentar entre os idosos, como consequência do desgaste que todo ser vivo sofre ao longo de seu tempo de existência. Entretanto, condições sociais diversas acabam por determinar que, em cada população, este perfil de distribuição etário seja diferenciado, refletindo as condições de vida e a vulnerabilidade dos diversos grupos às agressões do ambiente social, econômico, cultural e político no qual vivem.

É demonstrada no Gráfico 7 a evolução da mortalidade proporcional por idade nos últimos 25 anos para a população brasileira. A mortalidade de menores de um ano, que correspondia a 24% dos óbitos em 1980, passa a corresponder a apenas 5% dos óbitos em

2004. Porém, a mortalidade em maiores de 64 anos passa de 32% para 51% dos óbitos. Apesar da melhoria observada, estes valores ainda estão longe do ideal. Nos países desenvolvidos, mais de 90% dos óbitos estão concentrados na última faixa etária.

Embora se constate redução importante na mortalidade proporcional em menores de um ano, cerca de metade dos óbitos no Brasil pode ser considerada prematura, pois ocorre antes dos 65 anos de idade.

Gráfico 7 – Mortalidade proporcional por idade. Brasil – 1980-2009

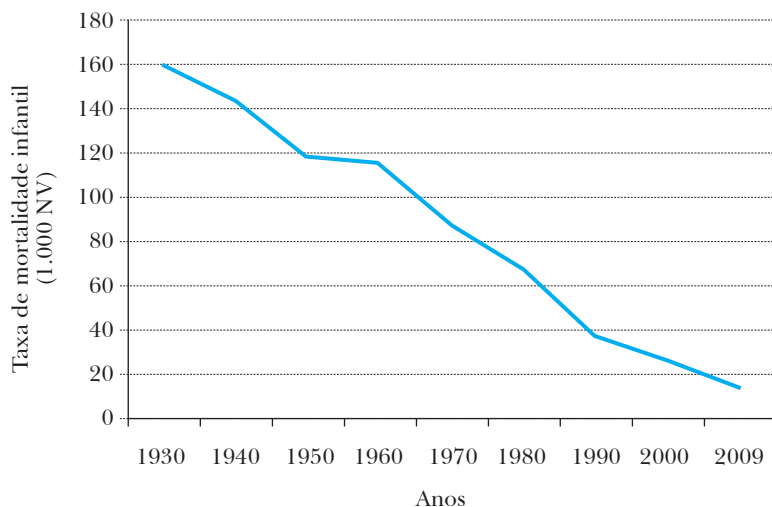
%
60
50
40
30
20
10
0
< 1
1 a 4
5 a 14
15 a 24
25 a 44
45 a 64
65 anos e mais
Idade
1980 1990 2000 2009

Fonte: Datasus, 2011.

Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil é um dos mais potentes indicadores de condições de saúde. O risco de morrer antes de completar 1 ano de idade é afetado tanto pelas condições de vida quanto pela qualidade da assistência ao parto, ao recém-nascido e aos problemas de saúde comuns no primeiro ano de vida.

No Gráfico 8a, é apresentada a tendência secular da mortalidade infantil no Brasil de 1930 a 2009. Nota-se uma evidente tendência de queda, relacionada ao aumento da esperança de vida apresentado no Gráfico 2, expressando a evolução histórica das condições médico-sanitárias do país ao longo do período.

Gráfico 8a – Mortalidade infantil. Brasil –1930-2009

Taxa de mortalidade infantil (1.000 NV)
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2009
Anos

Fontes: IBGE, 2011; Datasus, 2011.

Desde 1980, como se vê no Gráfico 8b, a taxa de mortalidade infantil apresenta tendência acentuada de queda. De um valor de 67 óbitos por mil nascidos vivos, registrado em 1980, passou a 23 óbitos por mil nascidos vivos em 2004, com redução de 65% no período. Até 2008, a mortalidade infantil continuou caindo, atingindo os 14 óbitos por mil nascidos vivos.

A velocidade de queda não foi igual em todas as regiões brasileiras, como pode ser observado para o período de 1996-2007 (Tabela 5). As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram as maiores reduções, seguidas das regiões Sudeste e Centro-Oeste. A região Sul, que tinha a menor taxa em 1996, também apresentou a menor redução.

Gráfico 8b – Mortalidade infantil. Brasil –1980-2008

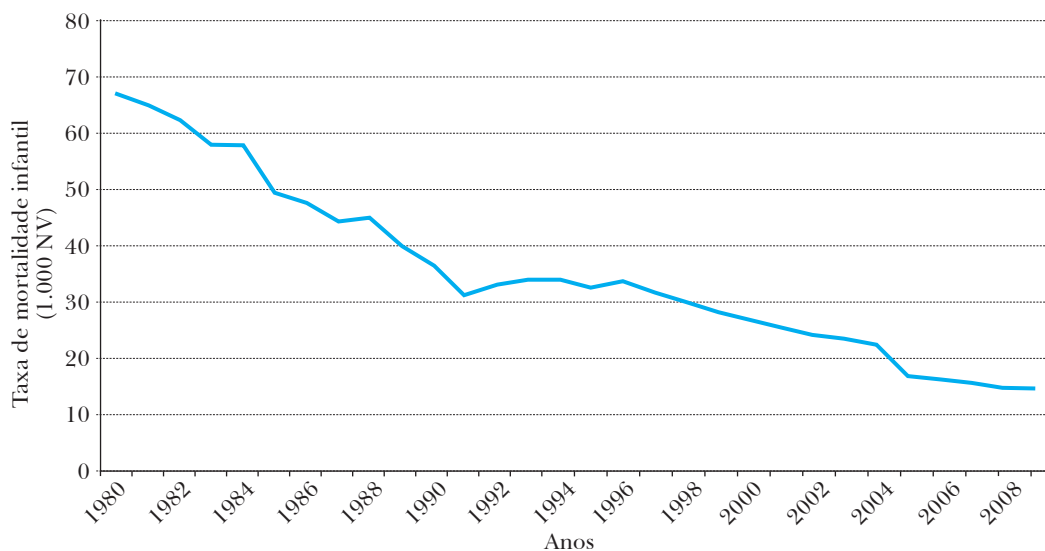
Taxa de mortalidade infantil (1.000 NV)
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1980 1982 1984 1986 1988 1990 1992 1994 1996 1998 2000 2002 2004 2006 2008
Anos

Fonte: Datasus, 2011.

Tabela 5 – Mortalidade infantil por regiões brasileiras – 1996 e 2007

Região	Mortalidade infantil (1.000 NV)		Redução (%)
	1996	2007	
Norte	33,7	22,1	33,0
Nordeste	53,3	28,7	52,8
Sudeste	24,4	14,6	23,8
Sul	19,2	12,9	18,5
Centro-Oeste	24,3	16,5	23,6
Brasil	33,7	20,0	33,1

Fonte: Datasus, 2009.

A mortalidade infantil também varia com as condições sociais. A escolaridade das mães (Tabela 6) é um dos principais fatores de risco, assim como o peso ao nascer.

Tabela 6 – Mortalidade infantil segundo a escolaridade materna. Brasil – 2004*

Escolaridade materna	Mortalidade infantil (1.000 NV)	Risco relativo
Nenhuma	45,48	5,77
1 a 3 anos	15,43	1,96
4 a 7 anos	11,63	1,48
8 a 11 anos	9,08	1,15
12 anos e mais	7,88	1,00

* Os dados se referem apenas aos casos com informação de escolaridade materna.

Fonte: Datasus, 2007.

Comparando os riscos relativos de mortalidade infantil para os diferentes pesos ao nascer e para a escolaridade da mãe (Gráfico 9), é possível avaliar a influência desses dois fatores. O risco relativo mede quantas vezes o risco de morrer foi maior para as crianças nascidas com peso insuficiente, de acordo com os diferentes níveis de escolaridade da mãe, e para as crianças nascidas com peso normal, mas de mães com menor escolaridade. O menor risco de morrer foi observado para crianças nascidas com peso normal cujas mães tinham 12 ou mais anos de escolaridade. Esse grupo foi tomado como referência para as demais comparações.

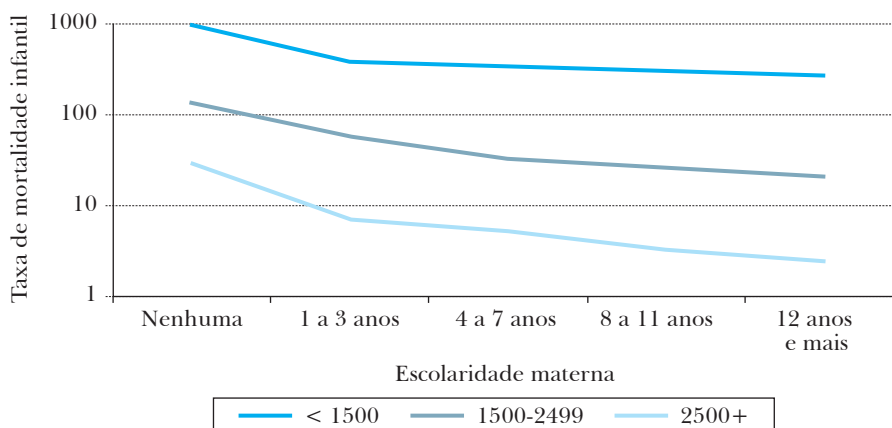
Risco relativo

É uma medida da associação entre a exposição a determinado fator de risco e a probabilidade de ocorrência do problema estudado.

O risco relativo é calculado dividindo-se a taxa de incidência, prevalência ou mortalidade nos indivíduos expostos pela taxa de incidência, prevalência ou mortalidade nos indivíduos não expostos.

O cálculo permite estimar a força da associação, ou seja, quantas vezes é maior a probabilidade de adoecer ou morrer para quem apresenta a característica de exposição.

Gráfico 9 – Taxa de mortalidade infantil por peso ao nascer e escolaridade da mãe. Brasil –2009*

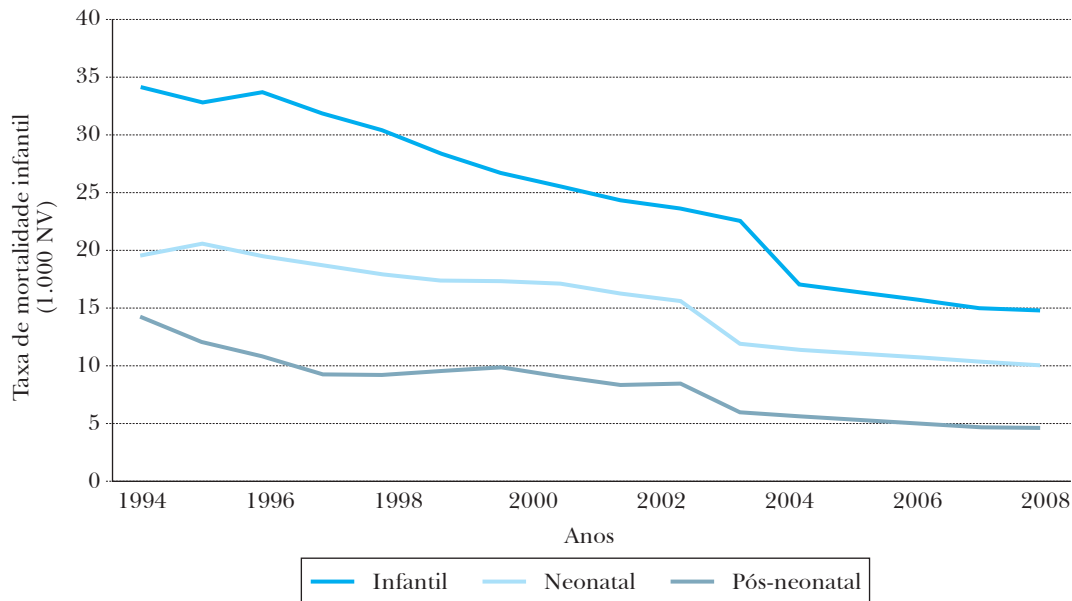
Taxa de mortalidade infantil
1000
100
10
1
Nenhuma | 1 a 3 anos | 4 a 7 anos | 8 a 11 anos | 12 anos e mais
Escolaridade materna
< 1500 | 1500-2499 | 2500+

* Gráfico em escala logarítmica
Fonte: Datasus, 2011.

Para refletir
Analisando as três curvas no gráfico, como você avaliaria a importância do peso ao nascer e da escolaridade materna na determinação da taxa de mortalidade infantil? Como essas exposições se relacionam?

A taxa de mortalidade infantil pode ser decomposta em dois indicadores: a mortalidade neonatal, que mede o risco de morrer antes de completar um mês de vida, e a mortalidade pós-neonatal, que mede o risco de morrer no primeiro ano de vida, a partir do 28º dia (Gráfico 10). O primeiro componente indica as condições relacionadas ao parto e aos cuidados imediatos com o recém-nascido, enquanto o segundo componente (mortalidade pós-neonatal) está relacionado principalmente às condições de nutrição, higiene e exposição a infecções no ambiente doméstico.

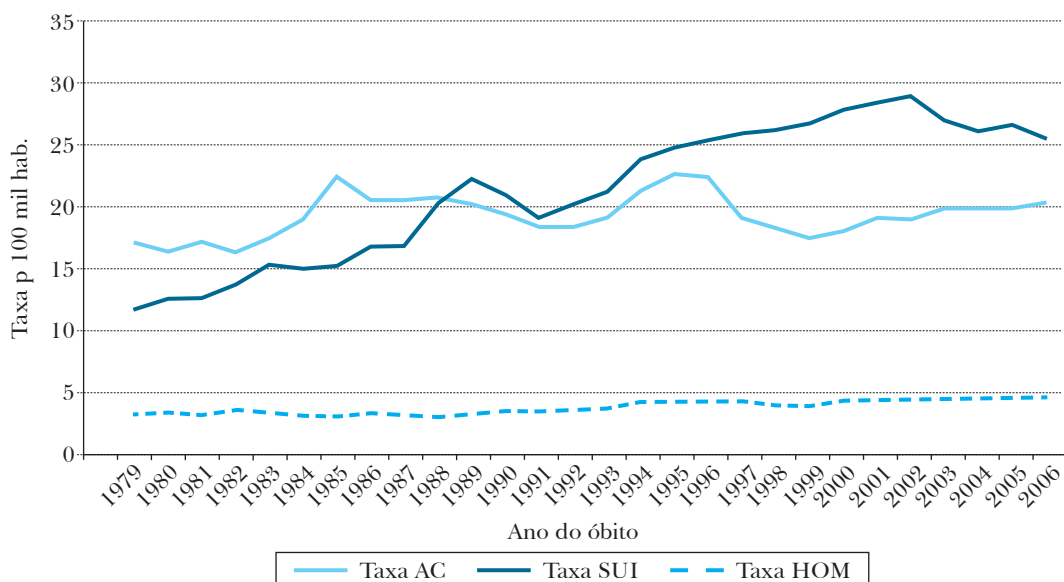
Todos os componentes da mortalidade infantil mantêm tendência de queda nos últimos dez anos. O componente neonatal corresponde a cerca de dois terços da mortalidade infantil, em decorrência da redução mais acentuada do componente pós-neonatal com a melhoria dos padrões nutricionais e o controle das doenças evitáveis por vacinação. A mortalidade neonatal precoce, que retrata o risco de morrer na primeira semana de vida, corresponde a 40% da mortalidade infantil e a quase 80% da mortalidade neonatal, sugerindo que as condições de atenção ao parto constituem o principal risco neste grupo etário.

As principais causas de óbito em menores de um ano estão relacionadas a problemas perinatais, desconforto respiratório do recém-nascido, malformações congênitas e doenças infecciosas, entre as quais se destacam as pneumonias e diarreias.

Gráfico 10 – Mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal. Brasil – 1994-2008

Fonte: Datasus, 2011.

Mortalidade por agressões e violências

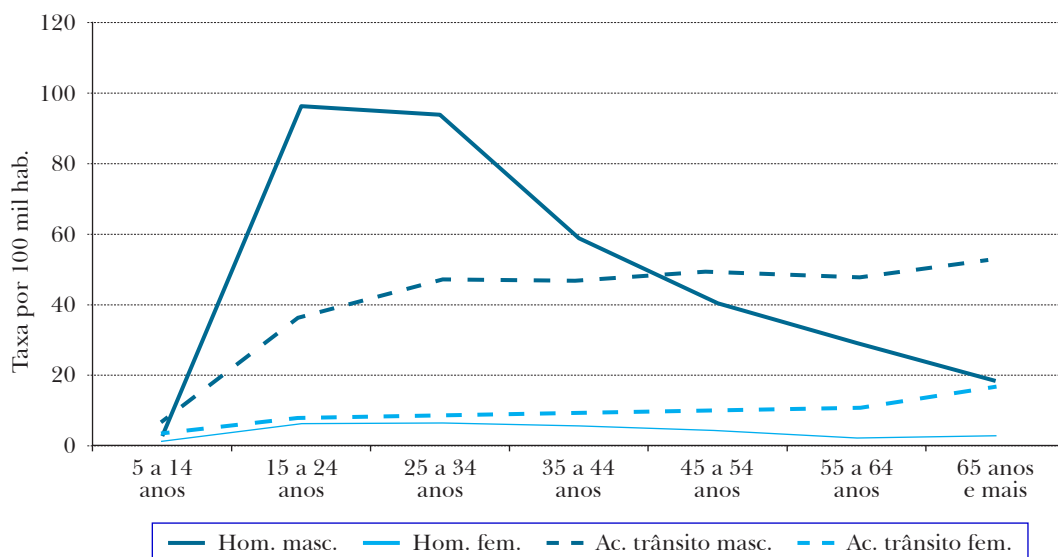
As agressões ou violências (causas externas), desde a década de 1980, aparecem como uma das causas mais importantes de morte em todas as idades, mas principalmente como causa de óbito de jovens do sexo masculino (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito, suicídio e homicídio. Brasil – 1980-2007

Fonte: Datasus, 2011.

A tendência secular para os três principais grupos de causas externas mostra aumento discreto da mortalidade por suicídio entre 1980 e 2007, oscilação em torno da média para a mortalidade por acidentes de trânsito e aumento acentuado para a mortalidade por homicídios. Durante a década de 1980, prevalecem como causas externas os óbitos por acidentes de trânsito e, a partir da década de 1990, os óbitos por homicídio.

A distribuição dessas taxas de mortalidade por idade e sexo (Gráfico 12) permite verificar que, para os acidentes de trânsito, o risco aumenta constantemente a partir dos 15 anos, tanto para homens como para mulheres, e em todas as idades é maior para os homens (cerca de três a seis vezes, conforme a idade). Para os homicídios, o risco é extremamente alto entre os 15 e os 34 anos, caindo progressivamente com a idade. Em todas as idades, o risco é acentuadamente maior para os homens, chegando a ser 15 vezes maior no grupo de 15 a 34 anos.

O risco de morrer em decorrência a lesões autoinflingidas se mantém praticamente constante a partir dos 5 anos de idade, sendo também maior para os homens em todas as idades.

Gráfico 12 – Taxa de mortalidade por homicídio e acidente de trânsito segundo idade e sexo. Brasil – 2004

Fonte: Datasus, 2007.

Para refletir

Que hipóteses você formularia para explicar a diferença de risco entre os sexos e os grupos etários no risco de morrer por homicídios ou acidentes de trânsito?

A distribuição dos principais grupos de causas de mortes violentas entre as regiões brasileiras também mostra diferenças importantes (Tabela 7). A região Norte apresenta o menor risco para acidentes de trânsito, suicídio e violência policial. A região Nordeste, o me-

nor risco para acidentes de trânsito. A região Sul, o menor risco para homicídio. Os maiores riscos para acidentes de trânsito e suicídios são observados nas regiões Sul e Centro-Oeste, enquanto para homicídio os maiores riscos são observados nas regiões Sudeste e Centro-Oeste.

Tabela 7 – Taxa de mortalidade por causas externas nas regiões brasileiras – 2007

Região	Acidentes de transporte		Homicídios		Suicídios	
	Taxa	RR*	Taxa	RR	Taxa	RR
Norte	17,5	1,0	25,5	1,1	4,7	1,3
Nordeste	17,8	1,0	26,0	1,1	3,5	1,0
Sudeste	19,2	1,1	29,6	1,3	4,2	1,2
Sul	26,2	1,5	23,5	1,0	7,9	2,3
Centro-Oeste	27,4	1,5	28,3	1,2	5,5	1,6
Brasil	20,3		25,5		4,7	

* Risco relativo

Fonte: Datasus, 2011.

Mortalidade por doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares aparecem como a primeira causa de mortalidade em adultos e idosos no Brasil. Este grupo de diagnóstico inclui várias condições, das quais selecionamos duas: infarto do miocárdio (doença coronariana) e doença cerebrovascular, por serem as mais importantes no perfil de mortalidade. Na Tabela 8, são apresentadas as mortalidades por doenças coronarianas e doenças cerebrovasculares no Brasil e em alguns países selecionados.

A doença coronariana é a principal causa de morte nos países de renda alta e de renda baixa, e a segunda nos países de renda média, considerando todas as causas de morte. As doenças cerebrovasculares, por sua vez, são a principal causa de óbitos nos países de renda média, a segunda nos países de renda alta e a quinta nos países de renda baixa. No Japão, país de alta renda, as doenças cerebrovasculares são a primeira causa de óbito. O Brasil pertence ao grupo de países de renda média e apresenta esse mesmo padrão: as doenças cerebrovasculares são a primeira causa de óbito e as coronarianas, a segunda. Convém ressaltar que as regiões Sudeste e Sul apresentam as menores diferenças entre as taxas de mortalidade por estas doenças.

No Brasil, a tendência secular da mortalidade por infarto do miocárdio apresenta aumento discreto e constante nos últimos 25 anos, com risco sempre maior para os homens. Entretanto, a diferença na mortalidade entre os sexos vem se estreitando ao longo do tempo, mostrando, assim, que houve um aumento ligeiramente maior na mortalidade das mulheres. Para cada óbito feminino, havia 1,8 óbito masculino, em 1980, e 1,5, em 2004.

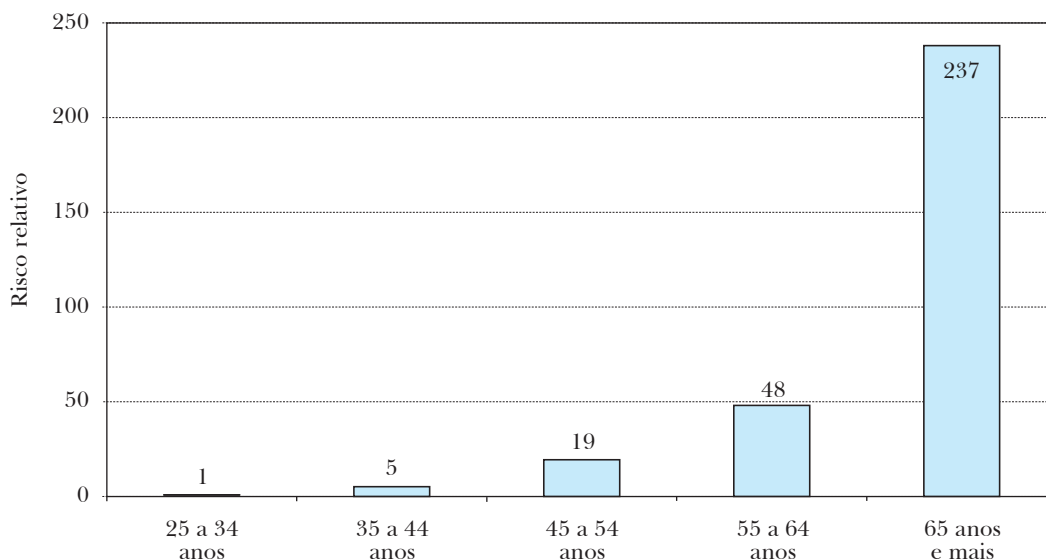
Os primeiros óbitos por infarto aparecem já no grupo de 15 a 24 anos, porém com risco muito baixo. O risco aumenta acentuadamente a partir dos 45 anos de idade, conforme se observa no Gráfico 13.

Tabela 8 – Mortalidade por doenças coronarianas e cerebrovasculares (por 100 mil), por região brasileira e para países selecionados – 2004

País	Doenças coronarianas	Doenças cerebrovasculares
Brasil	36,56	50,77
Região Norte	15,78	27,93
Região Nordeste	26,53	42,75
Região Sudeste	44,19	57,10
Região Sul	47,68	63,49
Região Centro-Oeste	29,94	43,01
Estados Unidos	222,70	51,10
Reino Unido	154,32	88,27
Japão	72,66	103,91
Argentina	87,85	56,85
África do Sul	35,36	70,09

Fonte: WHO, 2007.

Gráfico 13 – Risco relativo da mortalidade por infarto do miocárdio segundo a idade. Brasil – 2004

Risco relativo
250
200
150
100
50
0
1
5
19
48
237
25 a 34 anos
35 a 44 anos
45 a 54 anos
55 a 64 anos
65 anos e mais

Fonte: Datasus, 2007.

A taxa de mortalidade pelas doenças cerebrovasculares (outro tipo de doença cardiovascular) aumentou lentamente entre 1980 e 1993. A partir de 1994, a tendência é de queda. O mesmo padrão pode ser observado para homens e mulheres, e a diferença de risco é praticamente inexistente entre os sexos.

O risco de morrer por doença cerebrovascular para a população brasileira, em 2007, foi de 51,1 óbitos para cada cem mil habitantes, enquanto o risco de morrer por infarto do miocárdio, no mesmo ano, foi de 48,9 óbitos em cada cem mil habitantes.

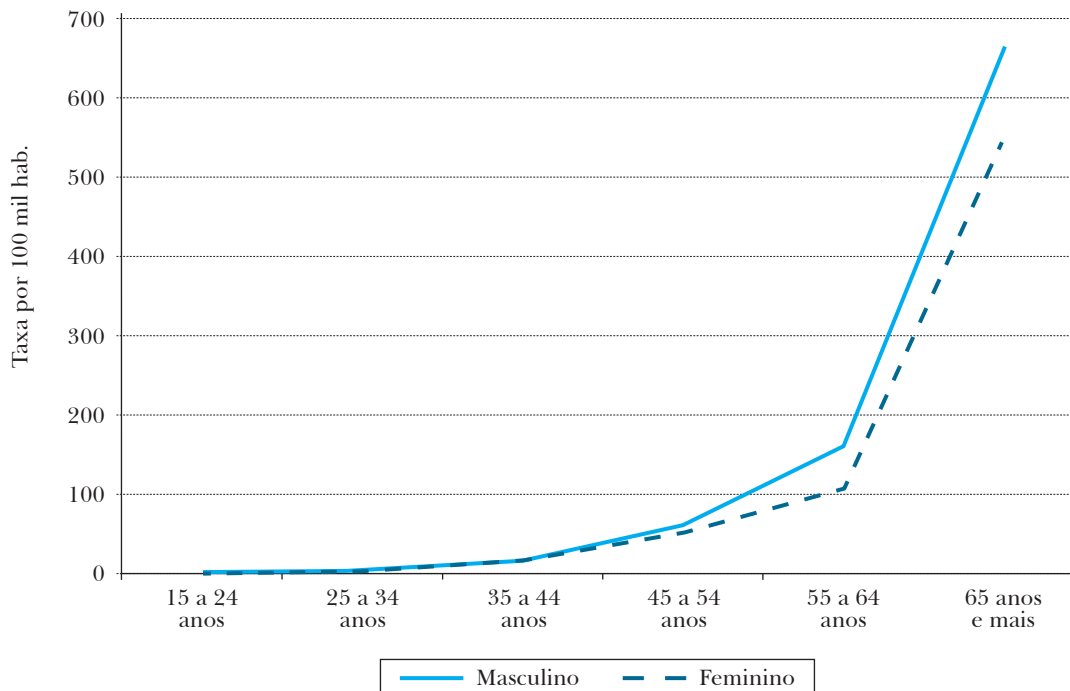
A distribuição da mortalidade por doença cerebrovascular por idade (Gráfico 14) é semelhante àquela observada por infarto do miocárdio. Embora ocorram alguns óbitos muito precoces a partir dos 15 anos de idade, o risco aumenta significativamente com a idade.

Gráfico 14 – Taxa de mortalidade por doença cerebrovascular segundo idade e sexo. Brasil – 2004

Taxa por 100 mil hab.

700
600
500
400
300
200
100
0

15 a 24 anos | 25 a 34 anos | 35 a 44 anos | 45 a 54 anos | 55 a 64 anos | 65 anos e mais

Masculino — Feminino

Fonte: Datasus, 2007.

Do ponto de vista das políticas de saúde, podemos destacar dois conjuntos de políticas importantes para o enfrentamento dessas enfermidades. As políticas de promoção da saúde e redução da exposição a fatores de risco, como obesidade, sedentarismo e hábito de fumar, e as políticas assistenciais. No caso das doenças coronarianas, a despeito dos avanços tecnológicos, uma parcela significativa dos casos evolui para óbito antes de se ter acesso a um serviço de saúde. Para os demais, a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos – ou seja, o acesso à assistência especializada – é fundamental para a redução da mortalidade. No caso das doenças cerebrovasculares, além da atenção especializada, a ação dos serviços de atenção básica é essencial, visto que o principal fator de risco para essas doenças é a hipertensão arterial. O controle adequado da hipertensão arterial, no âmbito das ações de atenção básica, é um dos componentes da redução da mortalidade por doença cerebrovascular.

Mortalidade por neoplasias

O grupo das neoplasias também aparece entre as principais causas de morte no perfil de mortalidade da população brasileira, de maneira semelhante ao que ocorre nos países de renda alta ou média. No Brasil, o grupo das neoplasias é a segunda causa de mortalidade.

A mortalidade por neoplasias é fortemente afetada pela capacidade diagnóstica existente e pelo acesso da população aos recursos para diagnóstico e tratamento. Em parte por esse fato e em parte pela maior ocorrência de neoplasias entre adultos e idosos, a mortalidade por este grupo de causas costuma ser tanto maior quanto melhores forem as condições de vida da população, embora existam certos tipos de câncer, como os carcinomas de estômago ou de esôfago, que estão associados à pobreza e à falta de higiene, principalmente nas etapas iniciais da vida.

Os determinantes de cada tipo de câncer são muito variados e, consequentemente, o comportamento epidemiológico é bastante diverso. Assim, é mais adequado examinar cada tipo de câncer separadamente para analisar as condições de saúde de uma população. No Brasil, os cinco tipos de câncer com maior importância populacional são: câncer de estômago; de pulmão, brônquios e traqueia; de mama; de colo de útero e de próstata. Destes, o câncer de estômago, o de pulmão e o de mama aparecem entre as dez principais causas de óbito nos países de renda alta. Nos países de renda média, o câncer de estômago e o de pulmão estão entre as dez principais causas de óbito e nenhum tipo de câncer aparece entre as principais causas de morte nos países de renda baixa.

No período de 25 anos (entre 1980 e 2007), a mortalidade por câncer de estômago vem declinando lentamente. Os coeficientes caíram, nos homens, de 9,9 óbitos por cem mil habitantes para 9,1; nas mulheres, de 4,9 para 4,8 óbitos por cem mil. Dados de alguns estudos realizados a partir do acompanhamento de clientelas de serviços universitários mostram que a maioria dos pacientes tem seu diagnóstico feito já nas fases mais avançadas da doença, comprometendo, assim, a eficácia do tratamento e reduzindo a sobrevida em cinco anos.

Assim como já apontado para as doenças cardiovasculares, a mortalidade por câncer de estômago é muito baixa em menores de 45 anos. A partir desta idade, a mortalidade aumenta exponencialmente.

O risco de morrer por câncer de pulmão, traqueia e brônquios tem crescido no país nos últimos 25 anos. As taxas de mortalidade aumentaram de 5,5 para 10,5 óbitos por cem mil habitantes, entre 1980 e 2007. Esta tendência foi observada tanto na mortalidade masculina quanto na feminina, sendo que nas mulheres o aumento foi relativamente maior, uma vez que, no início do período analisado, havia três casos masculinos para cada caso feminino e, no final, a razão havia caído para dois casos masculinos para cada caso feminino.

A análise dessas tendências não é simples. Há, pelo menos, três componentes relacionados ao tempo atuando para produzir este perfil. Primeiro, é necessário considerar o padrão do hábito de fumar na população masculina e feminina ao longo do tempo. A introdução do hábito de fumar em uma população se faz a partir da população masculina das classes com melhores condições de vida, disseminando-se a seguir para as outras classes. Com a evolução do hábito, as classes com piores condições passam a apresentar maior frequência de fumantes. Numa terceira etapa, as mulheres começam a fumar e, em seguida, com a vigência de campanhas antitabagistas, as classes com melhores condições de vida diminuem sua exposição.

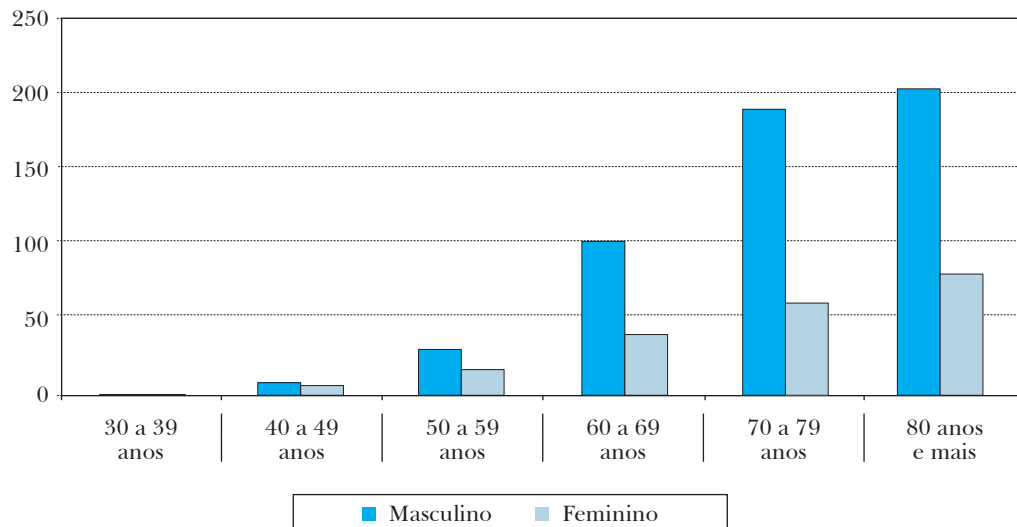
O segundo aspecto a ser levado em consideração é o processo de envelhecimento populacional, uma vez que o câncer de pulmão é uma doença mais prevalente entre idosos. Por último, há que se considerar a evolução dos meios diagnósticos, aumentando a identificação dos casos que anteriormente poderiam estar recebendo outros diagnósticos menos precisos.

A mortalidade por câncer de pulmão é muito baixa antes dos 35 anos, aumentando exponencialmente a partir dessa idade (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Risco relativo da mortalidade por câncer de pulmão segundo idade e sexo. Brasil – 2007

250
200
150
100
50
0

30 a 39 anos | 40 a 49 anos | 50 a 59 anos | 60 a 69 anos | 70 a 79 anos | 80 anos e mais

Masculino Feminino

Fonte: Datasus, 2011.

Para refletir

Que hipóteses você acha que explicariam por que o risco relativo da mortalidade por câncer de pulmão, além de aumentar com a idade, é progressivamente maior para os homens?

Lembre-se que as neoplasias têm tempo de indução longo.

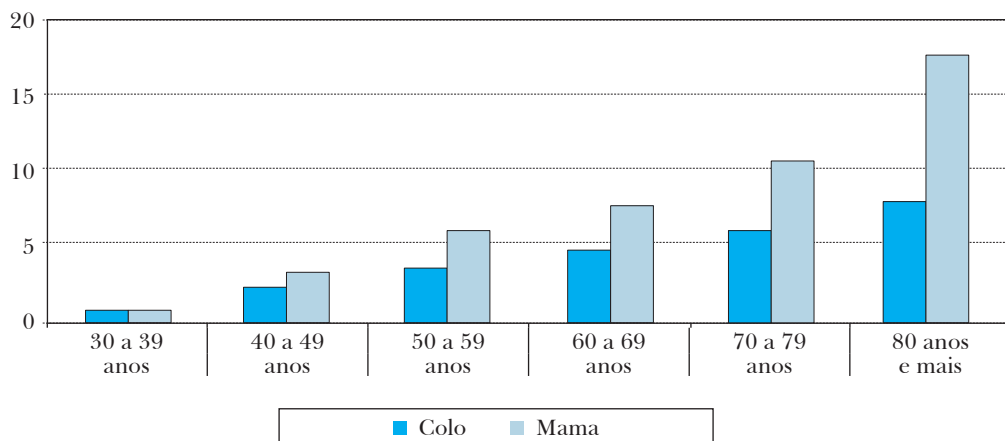
O câncer de próstata apresentou aumento expressivo como causa de morte na população masculina. Os coeficientes praticamente triplicaram em 25 anos, enquanto a população mais afetada – constituída por homens de 65 anos e mais – aumentou 20% no mesmo período. As taxas de mortalidade passaram de 3,9 óbitos, em 1980, para 12,3 óbitos por cem mil homens, em 2007. Provavelmente, parte do aumento pode estar relacionada com a capacidade diagnóstica desenvolvida no período. O risco de os indivíduos com 65 anos e mais morrerem por câncer de próstata é cerca de noventa vezes maior do que o risco dos indivíduos entre 55 e 64 anos; e o risco destes é nove vezes maior do que o dos indivíduos entre 44 e 54 anos de idade.

Entre as mulheres, a maior causa de mortalidade por neoplasias é o câncer de mama. As taxas de mortalidade praticamente dobraram nos últimos 25 anos, passando de 6,1 óbitos por cem mil mulheres, em 1980, para 11,5 óbitos, em 2007. Os riscos são exponencialmente crescentes com a idade, chegando a ser 32 vezes mais elevados nas mulheres de 65 anos e mais, em comparação com o risco das mulheres de 35 a 44 anos. Antes dos 35 anos, a mortalidade é desprezível. O aumento da mortalidade, a despeito da ampliação da cobertura dos serviços e da maior oferta de exames preventivos, como a mamografia, pode

parecer contraditório à primeira vista. Entretanto, é necessário lembrar que o aumento da detecção precoce da doença leva tempo para refletir-se nas taxas de mortalidade, ou seja, as mulheres que morreram de câncer de mama em 2007 começaram a desenvolver a doença em diferentes momentos nos vinte ou trinta anos anteriores, não tendo sido beneficiadas pela extensão da oferta de serviços.

O câncer de colo de útero ainda é uma causa importante de mortalidade feminina, embora o diagnóstico precoce e o tratamento nas fases iniciais da doença sejam conhecidos há quase um século. As taxas aumentaram 21% no período de 1980 a 2007, portanto, em menor proporção do que as observadas para o câncer de mama (Gráfico 16).

Do mesmo modo que para o câncer de mama, o aumento da mortalidade a partir de 1980, período de implantação do Programa Ampliado e Integrado de Saúde da Mulher e de expansão dos serviços de atenção básica no país, pode parecer contraditório. Ainda mais levando em conta que as coberturas populacionais do exame de detecção precoce para o câncer de colo de útero têm aumentado de maneira significativa nos últimos dez anos. Entretanto, até que este fato repercuta nas taxas de mortalidade serão necessários vários anos. Do mesmo modo que para o câncer de mama, as mulheres que morreram de câncer de colo de útero em 2007 tiveram o início da doença muitos anos antes, não tendo sido beneficiadas pela expansão dos serviços.

Gráfico 16 – Risco relativo para a mortalidade por câncer de colo uterino e câncer de mama por idade. Brasil – 2007

Fonte: Datasus, 2011.

Tanto para o câncer de colo de útero como para o de mama, o risco de morrer aumenta acentuadamente com a idade, refletindo a sobrevida diferencial nos dois tipos de câncer e as diferenças de incidência para as distintas gerações de mulheres.

Resumindo o perfil de mortalidade

O perfil de mortalidade apresentado incluiu apenas uma pequena parcela dos indicadores que podem ser utilizados para avaliar as condições de saúde da população. Cada um dos grupos de causas analisados corresponde a causas importantes para os diferentes grupos etários na população.

Os dados apresentados sugerem que a população brasileira apresenta condição regular de saúde em comparação aos indicadores dos países desenvolvidos. A redução progressiva da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento relativo da mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias decorrem do processo de envelhecimento populacional, relacionado com a queda acentuada da fecundidade nas três últimas décadas (diminuição do número de crianças na população), bem como da redução acentuada da mortalidade na infância, possibilitando a sobrevivência até a idade adulta.

O aumento da mortalidade por enfermidades típicas da idade adulta e da velhice é, em parte, explicado pelo envelhecimento populacional e, em parte, pela maior capacidade de diagnóstico, reduzindo progressivamente os óbitos com causas mal definidas. A extensão de cobertura dos serviços de saúde proporcionada pelo SUS, iniciada há mais de vinte anos, contribui para a redução da mortalidade prematura e também para o melhor esclarecimento dos diagnósticos. Entretanto, o enfrentamento de boa parte dos problemas de saúde aqui analisados necessita, além da extensão de cobertura, de articulação entre os diferentes níveis de complexidade no interior do sistema, garantindo a integralidade das ações de saúde e a melhoria da qualidade das prestações para que as intervenções tenham impacto sobre o perfil epidemiológico.

Exposição a fatores de risco

Analisar as condições de saúde da população inclui ainda estudar a distribuição populacional dos principais fatores de risco. Tendo em vista os objetivos de promoção da saúde, identificar essas distribuições pode orientar a política de saúde na prevenção de agravos futuros.

Para o conjunto das doenças crônicas não transmissíveis, os fatores de risco conhecidos estão relacionados a comportamentos humanos, na dimensão mais proximal da determinação. A compreensão dos processos que levam os indivíduos a adotar os chamados comportamentos de risco remete a análise para outras dimensões da organização social, buscando a sua explicação nos perfis epidemiológicos de classe social e na dimensão social e política específica de cada formação social.

Aqui serão considerados apenas quatro tipos de exposição que estão relacionados com parte considerável das doenças crônicas não transmissíveis e dos agravos à saúde em geral: tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo e sobrepeso. Diferentemente dos agentes infecciosos (bactérias, vírus e parasitas), estes fatores de risco não são específicos para determinada patologia. Todos eles estão relacionados com uma ampla gama de problemas de saúde e, por isso, são alvos das ações de promoção da saúde.

Tabagismo

O tabagismo é responsável, segundo estimativas da OMS, por cinco milhões de óbitos ao ano na população mundial. O início do hábito ocorre ainda na adolescência e seu abandono é difícil, em face da dependência química que o consumo de cigarros provoca.

No Brasil, segundo dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 15 capitais e no Distrito Federal, o hábito de fumar tem início antes dos 20 anos de idade em todas as capitais pesquisadas (Brasil, 2004).

Segundo este inquérito, a prevalência do hábito de fumar em maiores de 14 anos nas 15 capitais e no Distrito Federal variou entre 16%, em Belém, e 25,2%, em Porto Alegre. Em todas as capitais, a prevalência foi maior entre os homens. As estimativas do Vigitel em 2008 corroboram estas tendências (Brasil, 2004; Datasus, 2008).

A Pnad estima em 2008 17,3% de fumantes acima do 14 anos no Brasil, sendo a prevalência do tabagismo 1,6 maior em homens (21,6%) do que em mulheres (13,3%).

A região Sul apresentou a maior prevalência de tabagismo,19,3%, seguidas de 17,3% na região Sudeste e 16,6% nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Em todas as regiões o tabagismo é maior nos homens, sendo a diferença entre homem e mulher menor na região Sul (Datasus, 2008).

A prevalência de tabagismo em indivíduos com 15 a 24 anos de idade é menor do que a observada para indivíduos com 25 anos e mais, sugerindo que está havendo diminuição progressiva do hábito na população brasileira, uma vez que, conforme assinalado anteriormente, o hábito se inicia antes dos 20 anos para a maioria dos fumantes. As campanhas de combate ao fumo e a legislação restritiva à propaganda de cigarros, levando à maior conscientização da população para os riscos de adoecimento e morte associados ao hábito de fumar, certamente têm influenciado essa distribuição.

A prevalência do hábito de fumar é maior entre os indivíduos com menor escolaridade. Pessoas com até três anos de escolaridade apresentam prevalência duas vezes maior que aquelas com 15 anos ou mais de estudo, tendência observada em todas as regiões do país (Datasus, 2008).

A taxa de cessação do hábito de fumar é, no entanto, semelhante em todas as capitais, variando entre 46% e 52%. A proporção de ex-fumantes é semelhante entre homens e mulheres (Brasil, 2004).

Consumo de álcool

O consumo de álcool é responsável por 3,2% a 4% dos óbitos ocorridos na população mundial, segundo estimativas da OMS. Diferentemente do cigarro, o consumo moderado de álcool é considerado salutar para a prevenção de doenças cardiovasculares. Consumo moderado é definido como uma dose por dia, para mulheres, e duas doses por dia, para homens. O consumo acima desses níveis é prejudicial à saúde (consumo de risco), estando associado com um maior risco para várias doenças do aparelho digestivo, como pancreatite, gastrite, úlcera gástrica, câncer de esôfago e cirrose hepática, além de transtornos mentais, agressões e violências. Para acidentes de trânsito e homicídios, estar alcoolizado é fator de risco tanto no papel de vítima quanto no de agressor.

A prevalência de uso de álcool – isto é, consumo de álcool nos últimos trinta dias – nas capitais estudadas variou de 32,4%, em João Pessoa, a 58,6%, em Florianópolis, sendo alta em todas as capitais e no Distrito Federal. A prevalência foi sempre maior entre homens. A menor diferença foi observada em Porto Alegre, onde a razão de consumo entre homens e mulheres foi de 1,4 para 1,0. A maior diferença foi observada em Manaus, com razão de 2,6 para 1,0 (Brasil, 2004).

O consumo foi sempre maior entre os indivíduos com maior escolaridade. Entre os indivíduos que não completaram o ensino fundamental, o consumo de álcool apresentou prevalência variando entre 31%, em Manaus, e 42,4%, em Porto Alegre. Para aqueles que

completaram o ensino fundamental ou com escolaridade maior, a prevalência variou entre 36,7%, em Manaus, e 67,9%, em Florianópolis. Estes dados são coerentes com os relatos de literatura, que sempre apontam maior consumo de álcool nas classes sociais com melhores condições de vida (Brasil, 2004).

No grupo de 15 a 24 anos, a prevalência do consumo tendeu a ser menor do que a observada no grupo de 25 a 49 anos, exceto para Campo Grande, Vitória, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre, onde mais da metade dos jovens referiu consumo de álcool no último mês. A prevalência aumenta entre adultos e tende a diminuir entre os idosos.

O consumo de risco não acompanha necessariamente a maior prevalência do consumo. Florianópolis, que foi a capital onde a maior proporção de pessoas declarou haver consumido álcool no último mês, esteve entre as capitais com as menores taxas de consumo de risco.

O consumo de risco foi referido por 5 a 12% da população de adultos nas capitais estudadas. A maior prevalência foi observada em Vitória, com 12,4%, e a menor em Curitiba, com 4,6%. As cinco capitais com as maiores proporções de indivíduos apresentando consumo de risco foram: Vitória, Recife, Fortaleza, Belo Horizonte e Natal. Entretanto, as maiores prevalências de consumo de álcool no último mês foram observadas em Florianópolis, Porto Alegre, Vitória, Belo Horizonte e Aracaju, havendo coincidência entre prevalência de consumo e consumo de risco apenas para Vitória e Belo Horizonte.

Atividade física

A atividade física regular é considerada, atualmente, como um importante meio de prevenir a mortalidade precoce. O sedentarismo está associado à maior mortalidade por enfermidades cardiovasculares e a diversos tipos de câncer. Além de atuar diretamente como fator de risco, o sedentarismo também está relacionado ao sobrepeso e à obesidade, tendo assim, também, um efeito indireto sobre a saúde e a doença.

A prevalência de sedentarismo e de atividade física insuficiente para beneficiar a saúde variou de 30,4% da população adulta em Porto Alegre a 54,5% da população adulta de João Pessoa, mostrando, portanto, taxas altas de inatividade na população residente nas 15 capitais brasileiras estudadas. A proporção de inativos foi sempre maior entre as mulheres, exceto em Belém, onde a proporção de homens inativos ultrapassou a proporção de mulheres.

A Pnad 2008 também investigou os fisicamente inativos, definidos como aqueles indivíduos que não fazem atividade física no lazer nos últimos três meses, não andam a pé ou de bicicleta como transporte para o trabalho, não realizam atividades no trabalho ou em casa que demandem esforço físico.

A pesquisa encontrou 19,9% de inativos no Brasil, sendo esta proporção um pouco maior na região Sudeste, 21,8%, e um pouco menor na região Sul, 17,1%. Em todas as re-giões do país, a proporção de homens fisicamente inativos foi 1,7 vez maior que a das mulheres (Datasus, 2008).

A tendência para a maioria das capitais estudadas foi o aumento do sedentarismo com a idade, com exceção de Belém, onde houve redução do sedentarismo com a idade, e João Pessoa e Aracaju, onde as proporções são praticamente idênticas nos grupos de jovens, adultos jovens e adultos. Ao considerarmos as regiões, no entanto, a tendência de aumento da inatividade física com a idade é uniforme.

Quanto à escolaridade, o grau de sedentarismo e atividade física insuficiente apresentou comportamento distinto entre as capitais. Para a população de Manaus, Belo Horizonte e São Paulo, não houve relação entre escolaridade e sedentarismo. A utilização de apenas duas classes para a variável escolaridade pode ter sido insuficiente para discriminar diferentes situações. Para a população do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, o sedentarismo foi maior na população com menos de oito anos de escolaridade formal, enquanto nas demais capitais o inverso foi observado (Brasil, 2004).

A Pnad 2008 revela uma tendência em todas regiões de maior inatividade física nos extremos da escolaridade, isto é, a proporção de inativos foi maior nos indivíduos com menos de 1 ano e mais de 15 anos de instrução. Nas regiões Nordeste e Sudeste, os indivíduos de maior escolaridade foram os que apresentaram a maior proporção de inativos.

Sobrepeso e obesidade

O sobrepeso e a obesidade, mensuráveis pelo Índice de Massa Corporal (IMC), são problemas que vêm crescendo na maioria das populações do mundo, em decorrência das mudanças nos hábitos de vida, principalmente na dieta e na atividade física. Estão associados ao maior risco para várias doenças crônicas, problemas ortopédicos e distúrbios psicológicos.

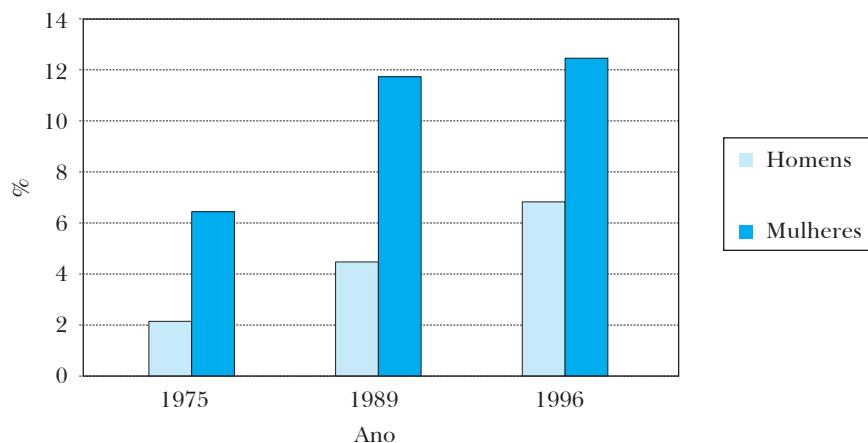
Índice de Massa Corporal (IMC)

É a medida mais utilizada em inquéritos populacionais para avaliar excesso de peso, sobrepeso e obesidade. O IMC é calculado pela divisão do peso em quilos pela altura em metros ao quadrado. A OMS estabelece que IMC superior a 25 Kg/m^2 significa excesso de peso; entre 25 e 30 Kg/m^2, sobrepeso; e acima de 30 Kg/m^2, obesidade.

Os dados do Vigitel de 2008 revelam taxas de sobrepeso variando de 36% a 49% e taxas de obesidade variando de 10% a 15% entre os indivíduos adultos entrevistados nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (Datasus, 2008).

Monteiro, Conde e Castro (2003), comparando a prevalência de obesidade em homens e mulheres por meio de dados de três inquéritos populacionais, observaram que as taxas de prevalência de obesidade aumentaram em ambos os sexos ao longo do tempo e que as taxas são maiores para as mulheres em todos os inquéritos (Gráfico 17).

Em relação à escolaridade, Monteiro, Conde e Castro (2003) encontraram comportamentos distintos para homens e mulheres. Entre os homens, não houve associação clara entre grau de escolaridade e obesidade. Já para as mulheres, o padrão variou nos diferentes períodos. Em 1975, o risco de obesidade foi diretamente proporcional à escolaridade, isto é, quanto maior a escolaridade, maior a prevalência de obesidade. Em 1989 e 1996, observou-se relação inversa entre escolaridade e risco de obesidade: quanto maior a escolaridade, menor a prevalência de obesidade, demonstrando mudança de comportamento entre as mulheres.

Gráfico 17 – Prevalência de obesidade segundo o sexo. Brasil –1975-1996

Fonte: Monteiro *et al.*, 2003.

Resumindo a exposição a fatores de risco

A análise da distribuição populacional dos fatores de exposição mostra que a condição de saúde da população brasileira é regular, tendendo a manter-se assim ou até piorar, na medida em que parte considerável da população é tabagista, consome álcool regularmente, é sedentária e apresenta tendências crescentes à obesidade a ao sobrepeso (Tabela 9).

Como os dados foram obtidos apenas para a população das capitais, podemos supor que a situação seja ainda mais grave se considerarmos toda a população, uma vez que a população da capital é, em média, mais informada sobre os fatores de risco do que o restante da população, além de apresentar, normalmente, maior escolaridade.

Tabela 9 – Proporção de população adulta exposta a fatores de risco selecionados em algumas capitais brasileiras – 2010

Capitais	Fumo	Consumo de álcool (risco)	Inatividade física	Obesidade
Belém	15,2	20,8	15,7	14,6
Recife	13,8	16,4	17,0	17,5
Rio de Janeiro	13,3	18,6	14,8	16,4
Porto Alegre	19,5	16,4	13,1	15,4
Campo Grande	15,9	17,6	13,9	16,6
Distrito Federal	13,9	18,1	15,8	9,5

Fonte: Vigitel, 2010.

Considerações finais

Neste capítulo, tentamos traçar um panorama resumido, mas amplo, dos problemas de saúde da população brasileira, apontando a complexidade e a diversidade das doenças e exposições que compõem o perfil epidemiológico nacional.

A melhoria das condições de saúde da população coloca uma série de desafios ao sistema de saúde, que incluem práticas de saúde coletiva visando a alterar as condições de produção do processo saúde-doença e práticas de atenção individual para a recuperação da saúde.

A política nacional de saúde deverá enfrentar os problemas buscando melhorar o estado de saúde da população, reduzir a mortalidade, controlar a ocorrência das principais doenças, aprimorar a qualidade dos serviços e reduzir as desigualdades sociais.

O desafio é grande, exigindo da política nacional de saúde clareza de objetivos, consciência da missão, organização adequada dos recursos, financiamento suficiente, profissionais e trabalhadores capacitados e, principalmente, compromisso com a melhoria da saúde da população.

Leituras recomendadas

BARATA, R. B. (Org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil 2006*. Brasília, 2007.

GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (Orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Abrasco, IMS-Uerj, 1994.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec/Nupens USP, 2000.

Sites de interesse

Gapminder – dados diversos em comparação global: www.gapminder.org

Organização Mundial da Saúde (OMS) – estatísticas de saúde no mundo: www.who.int/countries/bra/en/

Organização Pan-Americana da Saúde: http://new.paho.org/bra/

WHO Statistical Information System: www.who.int/whosis/en/

The Lancet – Série Brasil com informações atualizadas: www.thelancet.com/series/health-in-brazil

Datasus – estatísticas de mortalidade e morbidade: www.datasus.gov.br

Referências

BRASIL. *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida para Doenças e Agravos Não Transmissíveis*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

CESAR, C. L. G. *et al*. *Saúde e Condição de Vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo*. São Paulo: USP/FSP, 2005.

DACHS, J. N. W. & SANTOS, A. P. R. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da Pnad/2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 887-894, 2006.

DATASUS. *Informações de Saúde 2007*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

DATASUS. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2008. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

DATASUS. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

DATASUS. *Pnad 2008*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2011. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

GOLDBERG, P. *et al*. Associations between perceived health status and self reported diseases. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55: 233-238, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Suplemento Saúde, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Suplemento Saúde, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Fundação IBGE, 2007. Disponível em: <www.fibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Suplemento Saúde, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Site*. Disponível em: <www.fibge.gov.br>. Acesso em: dez. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Séries Estatísticas*, 2011. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. & CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6): 1.713-1.720, 2003.

MARAGNO, L. *et al*. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8): 1.639-1.648, 2006.

MARI, J. J. *et al*. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 21(6): 501-507, 1987.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. & CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Supl. 1): S67-S75, 2003.

REDE INTEGRADA DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores e Dados Básicos de Saúde - Brasil 2005*. Brasília: OPS, 2006.

REDE INTEGRADA DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores e Dados Básicos - Brasil 2009*. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009>.

SANTOS, S. M. *et al* . Associação entre fatores contextuais e autoavaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11): 2.533-2.554, 2007.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Malária, 2006. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2007. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2009. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>.

SILVA-JUNIOR, J. *et al*. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. *In*: Rouquayrol, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, 2003.

UNITED NATIONS (UN). Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Population Prospects: the 2006 revision*, 2007. (Working paper n. ESA/P/WP.202).

VERAS, R. P. & COUTINHO, E. S. F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 25(3): 209-217, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Top Ten Causes of Death, 2007*. Disponível em: <www.who.int>.

6. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde

Claudia Travassos
Mônica Silva Monteiro de Castro

O princípio da equidade no acesso orienta os sistemas de saúde de vários países, em particular os europeus. No Brasil, esse princípio tem relevância especial, devido à presença do Sistema Único de Saúde (SUS). Por definição constitucional, o SUS deve assistir toda a população brasileira de forma universal, igualitária e hierarquizada. O SUS não só financia serviços de atenção hospitalar e ambulatorial em todo o país, como também exerce funções de saúde pública típicas do Estado, tais como vigilância sanitária e epidemiológica. Ao abordar a questão da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde, o profissional deve precisar com clareza os conceitos e o modelo explicativo que emprega para desenhar, implementar e avaliar as políticas voltadas para reduzir as desigualdades sociais nos serviços de saúde.

Neste capítulo, objetivamos introduzir noções básicas sobre as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Inicialmente, apresentamos os conceitos de equidade, acesso e utilização de serviços de saúde, seguidos de um modelo teórico sobre a utilização de serviços. Introduzimos um breve resumo sobre o padrão de equidade em saúde em países com sistemas de saúde distintos e destacamos alguns exemplos sobre as desigualdades sociais no sistema de saúde do Brasil. Finalmente, são discutidos elementos metodológicos centrais para a avaliação da equidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde.

Equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde: equidade em saúde e equidade nos serviços de saúde

Amartya Sen, Prêmio Nobel de Economia, afirma que a doença e a saúde devem ter um lugar destacado nas discussões sobre equidade e justiça. As injustiças sociais originam-se de estruturas sociais estratificadas, nas quais os indivíduos, em diferentes posições sociais, têm oportunidades diferenciadas de realizar seus interesses materiais. Nas sociedades contemporâneas, noções básicas de igualdade estão inscritas nas leis fundamentais, e equidade tem sido geralmente traduzida pelo princípio de igualdade. Desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e na utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social, ou seja, iniquidades.

Em relação à equidade, é necessário distinguir-se equidade nas condições de saúde de equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde. Esta distinção é importante, pois os determinantes da equidade nas condições de saúde são distintos dos determinantes da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde. Estes últimos serão detalhados ao longo do capítulo.

De modo geral, os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente mais privilegiados. As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existente na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais. Isso porque as condições de saúde são preponderantemente influenciadas por fatores que afetam diferentemente os grupos sociais, tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, entre outros.

Nos capítulos 4 e 5, você encontrará informações sobre a determinação social das doenças.

Mas é preciso destacar o papel relevante dos sistemas de saúde na prevenção e no tratamento de doenças, assim como na reabilitação. Serviços adequados de atenção primária de saúde podem contribuir com a redução das desigualdades sociais nas condições de saúde (Starfield, 2007).

Em procedimentos específicos de reconhecida eficácia, a ação do sistema de saúde também pode contribuir para reduzir as desigualdades sociais nas condições de saúde. Um bom exemplo é o impacto do Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, que garante acesso universal e gratuito à terapia para pacientes HIV positivos. As desigualdades sociais na incidência de Aids persistem, além de a incidência vir aumentando nas pessoas em posições sociais menos privilegiadas (pobres e mulheres) no Brasil. No entanto, o acesso universal à terapia foi capaz de reduzir, neste grupo, as desigualdades sociais no risco de morrer (Antunes, Waldman & Borrell, 2005). Na visão da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CSDH, na sigla em inglês), da Organização Mundial da Saúde (OMS), os sistemas de saúde representam um dos determinantes das desigualdades sociais nas condições de saúde e têm papel importante a cumprir na sua redução (www.who.int/social_determinants/en/).

Comissão de Determinantes Sociais da Saúde

A OMS criou, em 2005, a CSDH, voltada para organizar o conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde e combater a persistência das desigualdades sociais na saúde existentes intra e entre países. Essa iniciativa da OMS foi apoiada pelo Brasil com a criação, em 2006, da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, que apresentou oficialmente, em 2008, seu relatório *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil* (http://determinantes.saude.bvs.br/php/index.php).

Em outubro de 2011, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, organizada pela OMS, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, resultou na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf).

A equidade é abordada em duas dimensões: vertical e horizontal. A equidade horizontal corresponde à igualdade entre iguais, enquanto a equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais. Geralmente, a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde é tratada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal. A noção de equidade vertical é geralmente empregada no que diz respeito ao financiamento. Por exemplo, a progressividade no financiamento de saúde representa uma situação de equidade vertical. Progressividade ocorre sempre que a contribuição no financiamento do sistema de saúde é diretamente proporcional ao rendimento das pessoas. Entretanto, o emprego da noção de equidade vertical no acesso aos serviços de saúde tem sido proposto mais recentemente por alguns autores (Mooney & Jan, 1997). O conteúdo deste capítulo está focado nas desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde e orienta-se pela noção de equidade horizontal.

Para refletir
Qual a importância do SUS na melhoria das desigualdades sociais nas condições de saúde da população brasileira?

Acesso

Não há concordância entre autores a respeito do emprego do termo 'acesso' ou 'acessibilidade'. Neste capítulo, empregamos o termo acesso como sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Conceito de acesso

No fluxo de eventos que resultam na utilização de serviços de saúde curativos (Diagrama 1), a percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo pode originar o desejo de obter cuidado, que poderá implicar ou não a decisão de procurar serviços ambulatoriais ou hospitalares para a obtenção de atendimento. A procura configura uma demanda por serviços de saúde, cuja realização depende da existência de recursos para produzir os serviços adequados ao atendimento das necessidades de saúde do indivíduo.

Necessidade de saúde

Conceito relacionado ao estado de saúde de indivíduos e grupos populacionais. Necessidade de saúde percebida pelos indivíduos difere da necessidade de saúde diagnosticada por profissionais da saúde. É um conceito relativo, pois varia entre os indivíduos, os grupos, a cultura e ao longo do tempo. Trata-se de um conceito multidimensional e de difícil mensuração. Autoavaliação do estado de saúde é um exemplo de uma medida global de necessidade de saúde percebida, geralmente empregada em inquéritos populacionais.

Acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua

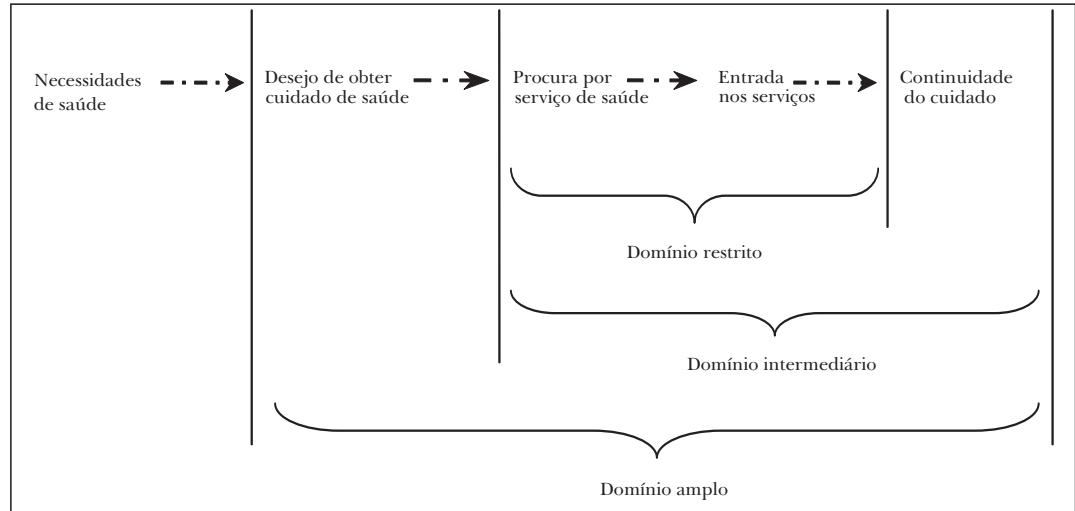
utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. Esse conceito tem relação com o que Julio Frenk (1992) denominou de domínio restrito do conceito de acesso.

Diagrama 1 – Fluxo de eventos entre necessidades de saúde e a obtenção de cuidados de saúde

Necessidades de saúde → Desejo de obter cuidado de saúde → Procura por serviço de saúde → Entrada nos serviços → Continuidade do cuidado

Domínio restrito

Domínio intermediário

Domínio amplo

Fonte: Adaptado de Frenk, 1992.

Barreiras de acesso

Acesso é um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde. McIntyre e Mooney (2007) e Thiede e McIntyre (2008) apresentam três dimensões de acesso: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Informação é um elemento essencial que atravessa as três dimensões e que possibilita que as pessoas façam suas escolhas. Essas dimensões e suas inter-relações são abordadas neste texto como barreiras de acesso.

A característica de acesso mais importante é a disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização. Porém, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras, expressam características da oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde.

Barreiras geográficas

Barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde. A avaliação do padrão espacial de localização dos serviços e dos usuários deve incorporar, além da noção de espaço físico, a noção do espaço de relações (Oliveira, Travassos & Carvalho, 2004). Da ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde. As medidas de distância que incorporam os custos de deslocamento em termos de tempo e de custos financeiros são

mais adequadas para avaliar a fricção do espaço. Entretanto, mesmo sem incorporar os meios disponíveis para superar os obstáculos, a distância linear é a medida física de espaço mais facilmente obtida. Um estudo (Oliveira *et al.*, 2004) sobre barreiras de acesso à internação hospitalar no SUS no Brasil mostrou que a distância não afeta o uso das pessoas de alta renda, mas representa importante barreira de acesso para os mais pobres, isto é, a distância do hospital não constitui barreira de acesso para as pessoas que podem assumir os custos financeiros do deslocamento.

Barreiras financeiras

Barreiras financeiras representam importantes obstáculos à utilização de serviços de saúde. Estudos empíricos sugerem a existência de uma relação negativa entre o aumento nos preços dos serviços de saúde e a utilização de serviços. O efeito do tipo de financiamento da utilização de serviço de saúde foi testado no clássico experimento (*Health Insurance Experiment*) da Rand Corporation, realizado nos Estados Unidos em 1982. Esse experimento demonstrou que a utilização de serviços diminui à medida que a participação financeira direta dos pacientes na compra dos serviços aumenta. As pessoas mais pobres são mais sensíveis: utilizam menos serviços em resposta a barreiras financeiras do que as pessoas mais ricas, em particular, no caso de consultas ambulatoriais.

As pesquisas realizadas após este estudo não questionam fundamentalmente os resultados do experimento da Rand Corporation (Louchx, 2002) e indicam que barreiras financeiras atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde e são desfavoráveis aos mais pobres, que têm menor capacidade de pagar. Nas últimas décadas, reformas dos sistemas de saúde em vários países tiveram como um dos principais objetivos a redução dos gastos. Barreiras financeiras foram aumentadas para controlar a demanda e os gastos com a utilização de serviços de saúde. A incorporação de medidas como copagamento, no qual as pessoas pagam uma parcela do valor do cuidado recebido, tem efeito negativo sobre a equidade no acesso. Em contrapartida, políticas de universalização do acesso voltam-se para reduzir barreiras financeiras.

Barreiras organizacionais

Barreiras organizacionais expressam as características da organização dos serviços e do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam a sua utilização. Conveniência do horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível (especialidade, idade, gênero), existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e qualidade técnica do cuidado são características organizacionais que podem impactar o acesso. Como apontado anteriormente, há evidências de que programas bem estruturados de atenção primária afetam positivamente o acesso, melhoram as condições de saúde das populações cobertas e conseguem reduzir desigualdades sociais em saúde (Starfield & Shi, 2002).

No capítulo 16, você encontrará a definição de atenção primária em saúde, os principais atributos, a experiência europeia e o seu desenvolvimento no Brasil.

Estudos também indicam que programas de atenção primária podem reduzir taxas de hospitalização. O uso do mesmo serviço ou médico (serviço de uso regular) mostra-se associado a um padrão mais adequado de utilização de serviços de saúde; portanto, implica melhor acesso. A descentralização da gestão dos serviços de saúde do nível federal para os níveis estadual e municipal e o Programa de Saúde da Família (PSF) do SUS são exemplos

Leia mais sobre participação social no capítulo 28.

de mudanças organizacionais que visam à redução de barreiras de acesso. Participação comunitária é outro elemento que, quando incorporado aos sistemas de saúde, pode reduzir barreiras de acesso.

Barreiras de informação

Informações sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde e as doenças e suas alternativas terapêuticas atuam como facilitadores da utilização de serviços. A difusão de informação em saúde para as pessoas e para os pacientes é atualmente considerada como uma característica importante dos sistemas e serviços de saúde. Informação em saúde impacta tanto na percepção de saúde das pessoas como no seu acesso aos serviços de saúde. No entanto, cabe ressaltar que o nível de informação das pessoas não resulta apenas de ações desenvolvidas pelo setor saúde, mas também do capital cultural das famílias, do grau de escolaridade e do acesso aos vários meios de informação atualmente disponíveis, como a Internet. Informação em saúde deve ser adequada à cultura e ao nível educacional de cada grupo populacional. Em geral, os grupos populacionais variam de acordo com o grau de informação que têm dos serviços a eles disponíveis, o que resulta em desigualdades sociais no acesso. Starfield (2002) define acesso como a forma como as pessoas percebem as características da oferta e, portanto, como percebem as barreiras e as facilidades para a utilização dos serviços.

Abrangência do acesso: domínio amplo ou abrangente

Alguns autores consideram que o conceito de acesso não deve se limitar às etapas de procura e entrada no serviço de saúde (domínio restrito), mas abranger também a qualidade do cuidado, isto é, o processo de cuidado (diagnóstico e tratamento) e o seu resultado. Esses autores vão incluir o conceito de acesso em domínios mais abrangentes no fluxo de eventos para obtenção de cuidados de saúde (Diagrama 1). Neste caso, acesso inclui utilização de serviços de saúde adequados à necessidade da pessoa, em tempo e local apropriados. O Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, por exemplo, definiu acesso como o uso de serviço de saúde em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível (Millman, 1993).

Donabedian (1973) já havia formulado que acesso indica o grau de ajuste entre o problema de saúde da pessoa e os recursos humanos e tecnológicos empregados. Andersen (1995), em revisão do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, desdobra o conceito de acesso em: 1) acesso potencial (âmbito restrito); 2) acesso realizado, que incorpora a etapa de utilização de serviços de saúde; 3) acesso efetivo; 4) acesso eficiente. Estes últimos incorporam, respectivamente, a efetividade e a eficiência no processo de cuidado, e serão mais bem especificados adiante.

Ao assumir conceitos mais abrangentes de acesso, é preciso ter em mente que os fatores explicativos variam segundo a abrangência do conceito, isto é, conceitos restritos e abrangentes correspondem a modelos explicativos distintos. Essa distinção é de fundamental importância não só quando se busca desenhar uma intervenção para melhorar o acesso, mas também para sua avaliação. Medidas de acesso baseadas em conceito de domínio abrangente são também mais difíceis de obter (Travassos & Martins, 2004). Detalharemos esse aspecto após a introdução de modelos teóricos sobre utilização de serviços de saúde.

Utilização de serviços de saúde

A utilização de serviços de saúde corresponde a todos os contatos diretos com o médico – consulta médica, internação hospitalar – e com outros profissionais envolvidos na realização de procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação. A utilização resulta de uma interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidado, os serviços a ele disponíveis e o profissional da saúde, que é quem define, em última instância, o tipo e a intensidade de serviços requeridos para responder aos problemas de saúde dos pacientes. Contatos iniciais com os serviços de saúde são mais influenciados por características das pessoas, enquanto os cuidados subsequentes – a continuidade do cuidado – dependem mais das características dos profissionais da saúde (Travassos & Martins, 2004).

Modelo comportamental de Andersen e Newman

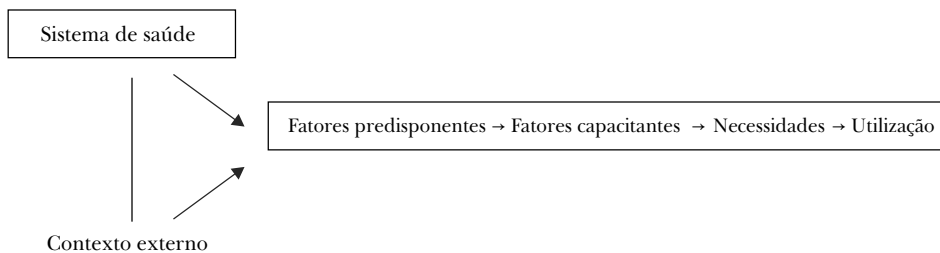
O modelo comportamental proposto por Andersen e Newman (1973) identifica os fatores que explicam a utilização de serviços de saúde. Nesse modelo, a utilização de serviços de saúde é influenciada por fatores contextuais externos e pelas características do sistema de saúde, fatores esses que são intermediados por fatores individuais: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidade de saúde (Diagrama 2).

Os fatores predisponentes são aqueles que existem antes do surgimento do problema de saúde; eles definem o indivíduo como mais ou menos propenso a procurar um serviço de saúde. Por exemplo, fatores demográficos, como idade e sexo, indicam diferenças biológicas. Fatores culturais também afetam a propensão de procurar serviços de saúde. As preferências e os valores pessoais também fazem parte dos fatores predisponentes. Fatores capacitantes individuais são aqueles que devem estar presentes para que a utilização de serviços se realize. É preciso que existam instalações, equipamentos e profissionais da saúde, mas também que os indivíduos tenham os meios (renda, meios de locomoção, tempo) e as informações necessárias para chegar aos serviços e deles fazer uso. Por fim, as necessidades representam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticado por profissionais da saúde.

Diagrama 2 – Modelo comportamental de utilização de serviços de saúde

Sistema de saúde

Fatores predisponentes → Fatores capacitantes → Necessidades → Utilização

Contexto externo

Fonte: Adaptado de Andersen & Newman, 1973.

O modelo de Andersen e Newman foi sendo alterado ao longo dos anos. O modelo baseia-se em uma estrutura hierarquizada, na qual o contexto se refere às políticas de saúde e ao sistema de saúde e intervém direta e indiretamente na utilização de serviços de saúde, através dos fatores individuais predisponentes e capacitantes e da necessidade de

Você poderá conhecer melhor a organização do sistema de saúde, principalmente nos capítulos 3 e 12; o financiamento, no capítulo 13; a relação entre os setores público e privado, no capítulo 14; a composição tecnológica, no capítulo 7; e os aspectos atinentes à formação e gestão dos recursos humanos, nos capítulos 9 e 29.

saúde. Dessa forma, o padrão de utilização de serviços reflete não apenas fatores individuais predisponentes e o perfil de necessidade de saúde da população, mas também o ambiente externo e as características dos sistemas de saúde.

As políticas de saúde influenciam a organização do sistema de saúde, as formas de financiamento, a conformação da participação dos setores público e privado, a composição tecnológica e a localização geográfica dos serviços nos diferentes níveis de complexidade. Esses fatores, associados à cultura médica local, à natureza jurídica de cada prestador de serviço e ao seu modelo de gestão, interferem no tipo, na quantidade e na qualidade dos serviços disponibilizados para a população, bem como no tipo e na quantidade de recursos humanos e tecnológicos disponíveis. A participação da população e dos usuários é influenciada pelas políticas de saúde e as influenciam.

A importância de cada fator explicativo do modelo comportamental de utilização de serviços de saúde varia segundo o tipo de serviço de saúde a ser procurado. O uso de serviços hospitalares, que se faz predominantemente por problemas de saúde mais graves, é explicado principalmente por fatores predisponentes (por exemplo, fatores demográficos) e pela necessidade, enquanto a utilização de serviços de saúde ambulatoriais, que se refere muitas vezes a problemas de saúde menos graves ou menos agudos, pode sofrer influência semelhante dos fatores predisponentes e capacitantes e da necessidade. O modelo explicativo também deve ser adaptado ao tipo de cuidado em questão, por exemplo, preventivo ou curativo (Andersen & Newman, 1973).

Nas revisões do modelo comportamental de utilização de serviços de saúde descrito anteriormente, Andersen (1995) introduziu novas dimensões, as quais denominou dimensões do acesso (Quadro 1):

- acesso potencial – relaciona-se aos fatores capacitantes individuais e comunitários ou contextuais (oferta local). Nesse sentido, é sinônimo de acesso tal como definido no âmbito restrito;
- acesso realizado – refere-se à utilização de serviços de saúde propriamente dita. O acesso realizado é sinônimo de utilização de serviços e é explicado não apenas pelos fatores capacitantes, mas também por fatores contextuais, por fatores predisponentes e pela necessidade de saúde;
- acesso efetivo – diz respeito a um domínio mais abrangente, que inclui o processo de cuidado. Refere-se à utilização de serviços de saúde que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços;
- acesso eficiente – indica as mudanças nas condições de saúde e na satisfação em relação ao volume de serviços prestados.

Os fatores explicativos do acesso efetivo e do acesso eficiente abrangem, além dos fatores citados, os fatores relativos aos serviços e aos profissionais da saúde associados à qualidade do cuidado em saúde. Destacam-se a qualidade técnica do cuidado prestado e as relações interpessoais entre profissionais da saúde e pacientes.

Quadro 1 – Dimensões de acesso, domínio do conceito e fatores explicativos

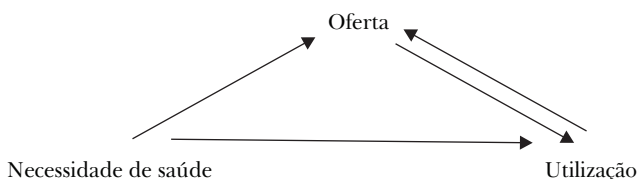
Dimensão	Domínio	Fatores explicativos
Acesso potencial	Acesso – âmbito restrito	Fatores contextuais e capacitantes
Acesso realizado	Utilização	Fatores contextuais, predisponentes, capacitantes e necessidade
Acesso efetivo	Efetividade e satisfação	Fatores contextuais, predisponentes, capacitantes, necessidade e qualidade do cuidado (tratamento)
Acesso eficiente	Eficiência	Fatores contextuais, predisponentes, capacitantes, necessidade e qualidade do cuidado (tratamento)

Para refletir

Que sugestões você daria para diminuir as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil?

Algumas considerações sobre a relação entre a oferta e a utilização de serviços de saúde

Segundo Carr-Hill e colaboradores (1994), a disponibilidade de serviços afeta a utilização de serviços de saúde em uma determinada população de duas maneiras: a insuficiência da oferta implica demanda não satisfeita e características da oferta podem induzir a utilização de serviços. Por sua vez, a oferta é também determinada pelas necessidades de saúde da população e pela utilização atual e passada de serviços de saúde. Existe, portanto, simultaneidade na explicação da oferta e da utilização de serviços de saúde (Figura 1).

Figura 1 – Modelo de demanda

Fonte: Carr-Hill *et al.*, 1994.

Pesquisadores estadunidenses e ingleses já demonstraram que variações no volume de uso de serviços de saúde entre populações estavam associados à oferta de serviços, como ,por exemplo, à quantidade de leitos, de equipamentos médicos e de profissionais da saúde disponíveis. A oferta tem papel importante na explicação de variação nas taxas de utilização de serviços de saúde entre diferentes áreas geográficas. Na década de 1960, Roemer e White (1992) mostraram uma correlação positiva entre camas hospitalares e o tempo de permanência no hospital por mil habitantes (Lei de Roemer). Fuchs (1978) demonstrou a existência de uma associação positiva entre o número de médicos por habitantes e a taxa de utilização de serviços de saúde em cada localidade.

Variações também foram mostradas no clássico estudo de John E. Wennberg (1989). Mais recentemente, este autor propôs a classificação dos cuidados de saúde em três categorias, como modo de melhor compreender essas variações: 1) cuidado efetivo ou necessário; 2) cuidados sensíveis às preferências dos pacientes; e 3) cuidados sensíveis a variações na oferta (Wennberg, 2010).

Características da oferta de serviços explicam a maior parte das variações e podem limitar a utilização de serviços de saúde para pessoas que deles necessitam por barreiras de acesso ou estimular a utilização de serviços por pessoas que deles não necessitam por indução da utilização. Ambas as situações geram problemas sérios no desempenho do sistema e dos serviços de saúde: a primeira resulta em subutilização de serviços, por problemas de acesso; a segunda, sobreutilização, que expressa utilização desnecessária.

Variações nas taxas de utilização de procedimentos com eficácia reconhecida tendem a ser menores e expressam problemas no acesso e na qualidade na decisão médica. Já as variações em procedimentos com mais de uma alternativa terapêutica podem, e mesmo devem, exprimir as preferências dos pacientes (www.dartmouthatlas.org).

A utilização de serviços de saúde não justificada por necessidade e preferência dos pacientes aumenta de forma importante os gastos dos sistemas de saúde (Fuchs, 2011) e pode contribuir para piorar a sua situação de saúde (Welch, 2011). Como destaca Wennberg (2010), o pressuposto de que mais é melhor não se aplica necessariamente aos cuidados de saúde. O debate sobre qual o cuidado mais adequado para cada grupo populacional geograficamente delimitado, dado um orçamento de saúde limitado, representa um importante dilema contemporâneo, tanto para as pessoas, como para os profissionais de saúde diretamente responsáveis pelo cuidado com o paciente e formuladores das políticas de saúde em diversos países, inclusive o Brasil.

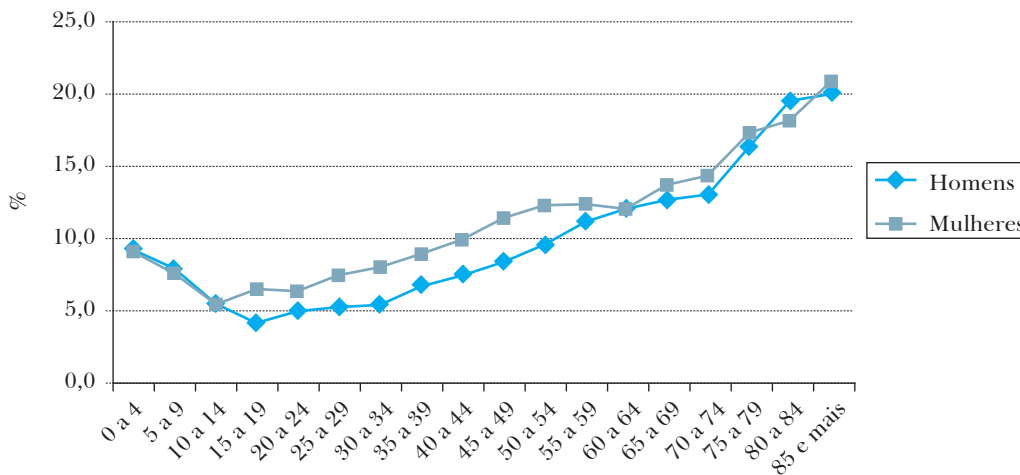
Para refletir

Como os responsáveis pelas políticas de saúde no Brasil deveriam lidar com o uso desnecessário de serviços de saúde?

Padrão de utilização de serviços de saúde

A utilização de serviços de saúde, no âmbito do indivíduo, apresenta padrões universais que refletem características biológicas, comportamentais e de percepção de doença entre grupos etários e gêneros. A necessidade é um fator central na utilização de serviços de saúde (Hulka & Wheat, 1985). No Brasil, os Suplementos de Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad) 1998, 2003 e 2008 trazem importantes informações sobre a utilização de serviços de saúde. A utilização dos serviços é mais intensa nos extremos do ciclo de vida, períodos de maior vulnerabilidade biológica. No conjunto, as mulheres utilizam mais serviços de saúde do que os homens. Essa diferença explica-se, em parte, pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre homens e mulheres, incluindo a utilização associada à gravidez e ao parto. As mulheres tendem a referir mais problemas de saúde do que os homens, o que pode indicar diferença na percepção de doença e na procura por cuidados de saúde. Porém, os meninos utilizam mais serviços de saúde do que as meninas até a idade de 14 anos, quando este padrão se inverte e as meninas passam a fazer uso de mais serviços

(Gráfico 1). Particularmente entre idosos, o maior volume de utilização concentra-se em poucos pacientes que procuram intensivamente serviços de saúde. A gravidade do problema de saúde também está positivamente associada ao uso de serviços. Pacientes idosos, no período que antecede a sua morte, concentram parte expressiva dos gastos em saúde.

Gráfico 1 – Proporção de pessoas que referiram restrição de atividade rotineira por motivo de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista por sexo e idade. Brasil – 2008

Principais conceitos

Acesso (domínio restrito) – Grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Acesso (domínio amplo) – Utilização de serviço de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível.

Utilização de serviços de saúde – Todo e qualquer contato direto com profissionais da saúde que envolva a realização de procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação.

Cobertura de serviços de saúde – Proporção de uma determinada população que pode (tem direito a) receber ou que recebeu um determinado serviço ou procedimento – Indicador de acesso.

Desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde

Cenário internacional

Desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde variam de modo expressivo entre países, em função da configuração de seus sistemas de saúde. Grande parte dos sistemas de saúde dos países da União Europeia orienta-se pelo princípio de equidade horizontal, que, como citado anteriormente, se operacionaliza como igualdade de tratamento para necessidades iguais. Os serviços de saúde são prestados de acordo com a presença de necessidade e financiados conforme a capacidade de pagar. Nesse contexto, em geral, não se observam desigualdades sociais, medidas por nível de renda, na utilização de serviços de saúde. Os grupos de maior e menor renda têm as mesmas chances de utilizar serviços de saúde ambulatorial ou hospitalar, ajustadas por necessidades. Esse padrão é particularmente

encontrado na Inglaterra, país com um sistema nacional de saúde pautado pelo princípio da universalidade do acesso.

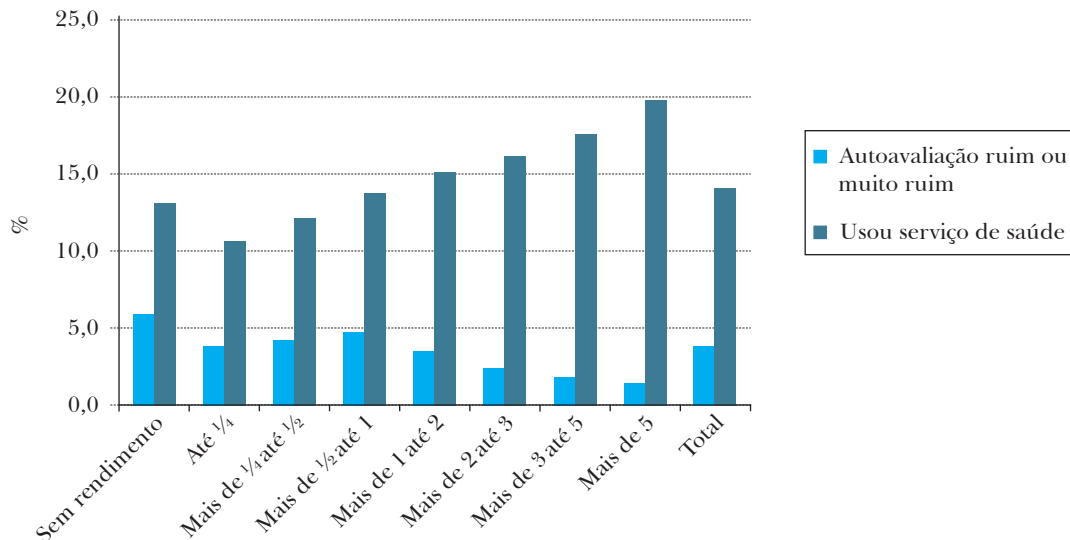
Estudo recente (Van Doorslaer *et al*., 2006) sobre equidade horizontal no acesso aos serviços de saúde associados à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostrou que, em cerca da metade dos países estudados, não há desigualdades sociais na probabilidade de se consultar um médico no período de 12 meses. O estudo assumiu o conceito de acesso no domínio restrito, e esse acesso foi medido pela probabilidade de se consultar um médico.

O conceito de equidade horizontal adotado orienta-se pela igualdade nas chances de se consultar um médico entre os grupos de renda. O estudo avaliou consultas com médicos generalistas e médicos especialistas. Analisou também a probabilidade condicionada ao fato de já se ter consultado um médico pelo menos uma vez no período estudado. Neste caso, os autores pretendiam menos captar fatores que atuam no contato inicial, os quais se relacionam às características das pessoas, do que os fatores que explicam a realização de consultas subsequentes, os quais se relacionam mais às características dos médicos.

Na grande maioria dos países, a probabilidade ajustada por necessidade de se consultar um médico generalista não variou segundo a renda das pessoas, mas em quase todos os países a probabilidade de se consultar um médico especialista foi maior entre as pessoas mais ricas. Em geral, a probabilidade de se consultar um médico generalista, condicionada ao fato de já o ter consultado anteriormente, foi favorável às pessoas mais pobres, mas a probabilidade condicional de se consultar um médico especialista foi desfavorável aos mais pobres. Apesar de esse padrão existir entre países com sistemas de saúde muito distintos, a desigualdade em favor dos mais ricos na probabilidade de se consultar um médico especialista tendeu a ser maior nos países com importante participação do setor privado. Estados Unidos e México, países sem cobertura universal, apresentaram as maiores desigualdades em favor das pessoas mais ricas.

Situação brasileira

De forma geral, os estudos sobre desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil, realizados até o início de 2006, indicavam marcadas iniquidades. Estudos mais recentes (Paim *et al*., 2011; Victora *et al*., 2011, Oliveira *et al*., 2011) mostram que essas desigualdades diminuíram, apesar de o sistema de saúde no Brasil ainda permanecer muito iníquo. De acordo com os modelos apresentados neste capítulo, o fator mais importante na utilização de serviços de saúde em geral é a necessidade; porém, as pessoas que deles mais necessitam, que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados, têm menor probabilidade de utilizar serviços (Gráfico 2). Esse padrão caracteriza uma situação de marcada iniquidade no uso de serviços de saúde.

Gráfico 2 – Proporção de pessoas segundo autoavaliação do estado de saúde e utilização de serviços nos 15 dias que antecederam a entrevista por classe de rendimento familiar. Brasil – 2008

Fonte: IBGE, 2010.

As pessoas de maior renda, mais escolaridade, com cobertura de planos de saúde, residentes em áreas urbanas e nas regiões mais desenvolvidas são as que procuram e utilizam mais serviços de saúde quando deles necessitam. Relativamente, os indivíduos mais pobres procuram preferencialmente por motivo de doenças e os mais ricos, para exames de rotina e prevenção (Néri & Soares, 2002).

Outro achado importante obtido a partir de dados de inquéritos de saúde no Brasil indica que a probabilidade de utilizar serviços de saúde, uma vez que a pessoa os tenha procurado, é bastante alta: grande parte da demanda aos serviços de saúde, em determinado período de tempo, é atendida. Isto é, a demanda reprimida é pouco expressiva. Dessa forma, as desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde são explicadas pelas variações sociais na procura de serviços de saúde, com as pessoas em posições de maior desvantagem social buscando menos os serviços de saúde quando deles necessitam.

A alta prevalência de atendimento (demanda satisfeita) possivelmente encobre as barreiras que necessitam ser enfrentadas pelas pessoas em posições sociais de maior desvantagem para obtenção do cuidado (Caso 1). Esses resultados indicam que, no Brasil, as desigualdades sociais no acesso realizado devem ser avaliadas considerando-se a adequação do momento e o local de atendimento, pois, possivelmente, as pessoas em condições sociais desvantajosas procuram os serviços quando o seu estado de saúde é mais grave e recebem cuidados em serviços menos adequados às suas necessidades.

Caso 1

Um caso trágico, amplamente divulgado pela imprensa carioca, ilustra os graves problemas de acesso aos serviços de saúde enfrentados por uma parcela expressiva da população brasileira. Uma adolescente grávida de nove meses faleceu após percorrer vários hospitais à procura de atendimento adequado.

A parturiente começou a sentir-se mal na madrugada de um domingo e dirigiu-se a um hospital maternidade próximo de sua residência, na Baixada Fluminense. Por não haver anestesista na unidade, a adolescente foi transferida para um hospital municipal, já apresentando fortes dores e falta de ar. Segundo o relato de parentes, funcionários do hospital levaram-na para uma sala, onde ela deveria permanecer aguardando o momento próximo ao parto. Após longa espera, os parentes, preocupados, decidiram levá-la a outro hospital maternidade na cidade, no qual a jovem não conseguiu ser atendida. De lá, foi levada a um hospital geral, onde foi admitida às 17 horas. Na madrugada de segunda-feira, a adolescente foi encaminhada para a sala de parto e os médicos identificaram a necessidade de fazer uma cesariana de emergência. Constatou-se que o bebê já estava morto. A mãe não resistiu à cirurgia e morreu em seguida.

Para refletir

O que precisaria ser mudado no sistema de saúde para evitar situações como a descrita no Caso 1?

A cobertura por plano de saúde no Brasil é um importante indicador de acesso. Em 2008, 25,9% dos brasileiros tinham direito a pelo menos um plano de saúde. Em nosso contexto, as pessoas cobertas por planos de saúde têm mais chance de utilizar serviços de saúde do que as pessoas não cobertas. Aquelas cobertas por planos de saúde de servidor público procuram menos serviços do que as cobertas por planos privados (Néri & Soares, 2002). Como a cobertura de plano de saúde diminui barreiras financeiras no momento do uso de serviços e é muito maior nas regiões e nos municípios mais ricos e para as pessoas de maior renda, ela representa um importante fator explicativo das desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no país.

Leia mais sobre planos e seguros privados de saúde no Brasil no capítulo 14.

O padrão de utilização por tipo de serviço também é bastante desigual entre os grupos sociais. As pessoas mais pobres usam mais os postos e centros de saúde, os serviços de emergência e os serviços hospitalares. Porém, utilizam menos consultórios privados e consultas médicas especializadas do que os mais ricos.

Castro, Travassos e Carvalho (2002) mostraram que fatores capacitantes, entre eles a condição social, explicam o padrão de internação hospitalar no país. No entanto, não se observou efeito desses fatores nas reinternações. Já internações subsequentes a uma segunda internação em um período de tempo determinado apresentam um padrão de desigualdade semelhante ao observado numa primeira internação. As estimativas de internação ajustadas por cobertura de plano de saúde e serviço de uso regular mostram que as pessoas mais pobres internam-se mais do que as mais ricas.

O local de moradia é um fator explicativo importante a respeito do acesso e da utilização de serviços de saúde. Travassos, Oliveira e Viacava (2006) demonstraram que o padrão de desigualdades regionais no uso de serviços de saúde depende do padrão de desenvolvimento das regiões, enquanto as desigualdades no uso entre grupos de renda (ou seja, desigualdades sociais intrarregiões) não guardam relação com o desenvolvimento das regiões. A importância

do local de moradia depende também da renda das pessoas. Pinheiro e Travassos (1999) mostraram que, nos bairros mais ricos da cidade do Rio de Janeiro, a renda das pessoas idosas não influencia a sua capacidade de utilizar serviços de saúde, enquanto nos bairros mais pobres a renda do indivíduo influencia positivamente sua capacidade de utilizar serviços. Além disso, as pessoas mais pobres residentes nas áreas mais ricas usam relativamente mais serviços do que os mais pobres residentes em áreas mais pobres.

Costa e Facchini (1997) encontraram, em Pelotas (Rio Grande do Sul), moradores dos bairros utilizando mais o sistema público do que os moradores do centro da cidade, e pessoas que residiam mais próximas do centro de saúde usando mais o sistema público. Um achado interessante é o do estudo de Mendonza-Sassi, Béria e Barros (2003), no Rio Grande do Sul, que evidenciou a interação entre educação e renda, de forma que cada ano de escolaridade aumenta o uso dos mais pobres e reduz o dos mais ricos.

Porto e colaboradores (2002) aplicaram o modelo de demanda de Carr-Hill para estimar, no âmbito de áreas geográficas, o volume de internações hospitalares de curta permanência a serem financiadas pelo SUS. A variável sobre internação foi construída a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). As variáveis *proxy* (substitutas) de necessidades de saúde, estatisticamente significativas na estimativa do volume de internações, foram: mortalidade infantil, percentual de analfabetos e média de pessoas por domicílio. Todas apresentaram coeficientes negativos, isto é, o volume de internações foi inverso ao volume de necessidades. Esses resultados revelam as imensas desigualdades sociais na utilização de serviços hospitalares do SUS entre áreas. Variáveis de disponibilidade de serviços também foram testadas: leitos do SUS por mil habitantes e leitos privados por mil habitantes. Outro estudo mostrou que, no Brasil, a disponibilidade geográfica de leitos do SUS aumenta a chance da população local de internação financiada pelo SUS, enquanto a disponibilidade de leitos privados diminui esta chance (Castro, Carvalho & Travassos, 2005).

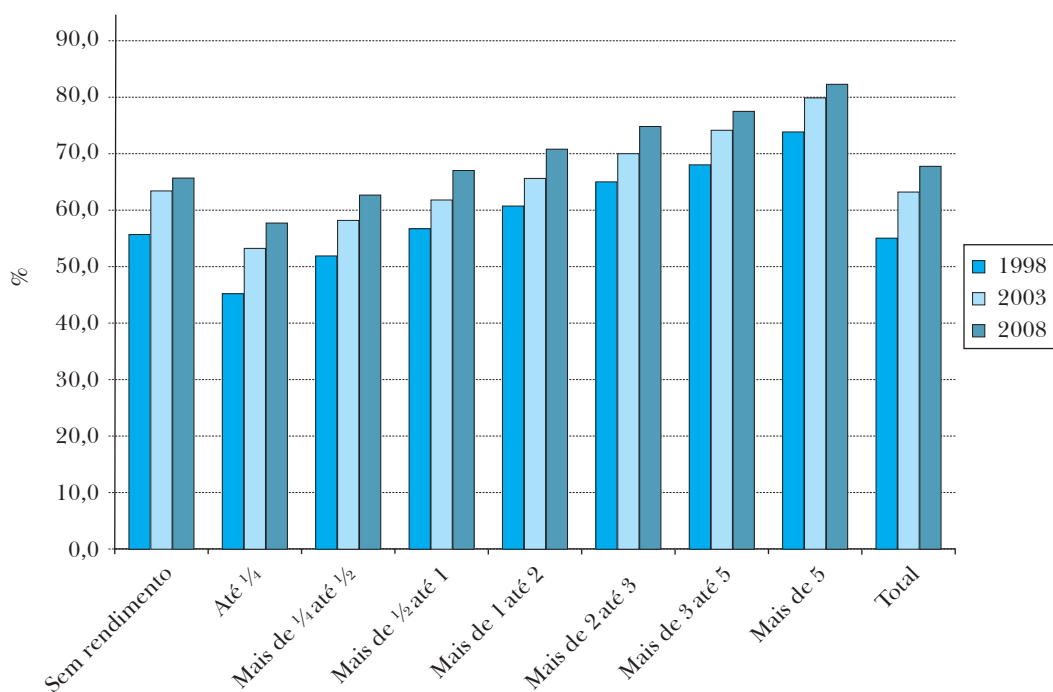
O padrão de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde dos idosos é semelhante ao descrito para a população em geral. Idosos de baixa renda apresentaram pior condição de saúde, pior estado funcional, procuraram menos serviços de saúde e realizaram menos consultas médicas (Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003). A cobertura de plano de saúde diminuiu com a idade. A proporção de idosos com três ou mais consultas médicas anuais foi maior para as mulheres, porém aumentou com a idade para os homens. Os idosos com maior renda procuraram mais o consultório particular como primeiro local de atendimento.

Análise utilizando dados para o Brasil da Pesquisa Mundial de Saúde mostrou que as pessoas com menos anos de educação usavam menos os serviços de saúde, apesar de terem piores condições de saúde. Ao se estratificar pelo estado de saúde autoavaliado, as variáveis educação e ter plano de saúde foram associadas ao uso entre as pessoas com bom estado de saúde, mas não entre aquelas com estado de saúde ruim (Szwarcwald, Souza Júnior & Damacena, 2010).

Usando diversas fontes de dados, Victora e colaboradores (2011) mostraram que o acesso à maioria das intervenções voltadas para a saúde materno-infantil atingiu cobertura praticamente universal, e que as desigualdades regionais e socioeconômicas no acesso a tais intervenções diminuíram muito. Oliveira e colaboradores (2011) apresentaram redução nas desigualdades sociais na cobertura de mamografia no país.

No Brasil, a proporção de pessoas que consultaram um médico no último ano era de 54,7%, em 1998, e passou para 67,7%, em 2008 (Gráfico 3). Esse valor é ainda baixo se comparado aos obtidos para a população de adultos no estudo de Van Doorslaer e colaboradores (2006), o qual mostrou que, na média, essa proporção variou entre 70 e 80% e que países como Grécia (63%) e México (21%) apresentavam os menores valores.

No Brasil, o grupo de pessoas de maior renda familiar *per capita* possui padrão de uso compatível com os países desenvolvidos, enquanto os grupos mais pobres apresentam prevalências bem inferiores. Como esses indicadores não estão ajustados por necessidade de saúde, é esperado que essas diferenças desfavoráveis aos mais pobres sejam ainda maiores do que as observadas no Gráfico 3, pelo excesso de morbidade neste grupo.

Gráfico 3 – Proporção de pessoas que realizaram consulta médica no ano anterior à entrevista por classe de rendimento familiar mensal. Brasil – 1998, 2003 e 2008

Fontes: Pnad Saúde, 1998, 2003, 2008.

Ainda que mantido um padrão de marcadas desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil, os dados dos Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio indicam que a utilização de serviços de saúde aumentou e reduziram-se as desigualdades sociais neste acesso, entre 1998 e 2003. Os principais resultados mostram (IBGE, 2005):

- aumento da proporção de pessoas com serviço de saúde de uso regular e diminuição das diferenças entre as classes de rendimento familiar. Cresceu a participação dos postos e centros de saúde como serviços de uso regular;
- marcado aumento na proporção de pessoas que consultaram médico no último ano tanto nas áreas urbanas como nas rurais;

- redução de barreiras de acesso aos serviços odontológicos, mas com permanência de alta proporção de pessoas (crianças e jovens) que nunca foram ao dentista e de expressivas desigualdades sociais no acesso a este cuidado de saúde;
- aumento na proporção de pessoas que procuraram serviços em todas as faixas de idade, em ambos os sexos e em todas as classes de renda. O aumento foi um pouco maior nas classes de rendimento mais baixas;
- a única fonte de financiamento da utilização de serviços de saúde que aumentou foi o SUS: 57,2% de todos os atendimentos e 66,7% das internações foram financiados pelo SUS em 2003;
- clara redução de barreiras financeiras e geográficas (distância) para consumo de serviços de saúde.

Mais informações sobre os temas e deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde você encontra nos capítulos 11 e 12.

Ao se analisarem os dados do Suplemento Saúde da Pnad 2008 (Jairnilson *et al.*, 2011), comparando-os com os dados da Pnad 2003, verificou-se que:

- aumentou a proporção de pessoas que usaram serviços de saúde e de pessoas que usaram serviços de atenção primária;
- a desigualdade no uso de serviços de saúde por nível educacional diminuiu, bem como a desigualdade no uso de serviços das pessoas que não possuem plano de saúde quando comparado com as pessoas que possuem;
- permanece uma grande desigualdade no uso de serviços odontológicos por nível de renda, apesar de ter diminuído a proporção de pessoas que nunca visitou um dentista.

Estudos recentes analisando desigualdades na utilização de serviços odontológicos (Dias da Costa *et al.*, 2011; Baldani *et al.*, 2011; Araújo *et al.*, 2009; Camargo *et al.*, 2009) mostraram como fatores positivamente associados ao uso: escolaridade, condição socioeconômica, utilizar serviços privados, ter um dentista de uso regular. Dias da Costa e colaboradores assinalam que pessoas pertencentes às categorias intermediárias de renda e escolaridade se consultaram menos que aquelas nas categorias altas e baixas, levantando a hipótese de que este grupo não usaria os serviços públicos e não teria acesso aos serviços privados.

Análise empírica

Dados de base populacional são os mais adequados para o estudo das desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, enquanto registros de bancos de dados administrativos informam mais sobre a qualidade do cuidado prestado.

Fontes de dados

Dados de base populacional são obtidos por inquéritos populacionais. No Brasil, os primeiros inquéritos de saúde de abrangência nacional foram realizados na década de 1980. Entre os inquéritos, destaca-se a Pnad, que incluiu suplementos sobre saúde nos anos de 1981, 1986, 1988, 1998, 2003 e 2008. Outro exemplo de inquérito realizado no país é a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), conduzida em 1986, 1991, 1996 e 2006, tendo

como foco a saúde reprodutiva. Outro inquérito importante é a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que coleta dados sobre gasto privado em saúde e alimentação. São outros exemplos a Pesquisa de Padrões de Vida (PPV), realizada pelo IBGE, em 1996/1997; a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), organizada pela OMS e realizada por uma equipe de pesquisadores do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), em 2003; e o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não Transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), em 2002/2003. Existem também inquéritos promovidos especialmente para fins de pesquisa, como os estudos feitos em Pelotas (RS) e em Bambuí (MG).

Os bancos de dados administrativos do SUS, em particular o SIH-SUS e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac), que contêm registros sobre as internações e sobre os indivíduos submetidos a procedimentos de alta complexidade, permitem cálculo de taxas de internação e taxas de utilização de procedimentos específicos. O cálculo das taxas requer o emprego de dados sobre a população para compor os denominadores. Estes podem ser obtidos nas bases de dados demográficos e nas projeções populacionais do IBGE. É importante destacar que os dados desses bancos administrativos não são universais, pois se limitam aos procedimentos financiados pelo SUS.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) cobre todos os partos hospitalares do país e fornece informações sobre a gestante, o pré-natal, o parto e o recém-nato. Já os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB), disponíveis na Internet e editados anualmente desde 1997 pela Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa), contêm uma série histórica de indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil, desagregados por área geográfica. Dados de inquéritos e pesquisas de base populacional como os Suplementos Saúde da Pnad também estão disponíveis na Internet (www.datasus.gov.br).

Variáveis de acesso e utilização de serviços de saúde

Normalmente, as medidas gerais de acesso são contextos específicos, ou seja, a escolha de medidas de acesso depende fundamentalmente das características do sistema de saúde que se está avaliando. Cobertura é um indicador de acesso que expressa a proporção de uma determinada população que pode (tem direito a) receber ou que recebeu um determinado serviço ou procedimento. Cobertura de plano de saúde é um bom indicador de acesso potencial em sistemas de saúde com grande participação do setor privado de seguro de saúde, como é o caso do Brasil e dos Estados Unidos. Entretanto, esse indicador tem baixo poder de discriminação em países com sistemas de saúde baseados em seguro público, como é o caso dos sistemas de vários países europeus.

Taxas de utilização de serviços de saúde podem ser empregadas como medidas *proxy* (substitutas) de acesso. Na nomenclatura de Andersen, apresentada neste capítulo, a utilização representa o que denomina de acesso realizado. Convém lembrar, porém, que os fatores que explicam variação nas taxas de utilização são distintos dos que explicam a variação no acesso potencial.

No caso das taxas de utilização (acesso realizado), a avaliação de desigualdades sociais (equidade horizontal) requer que as taxas sejam ajustadas por necessidade de saúde para

evitar a introdução de viés na comparação das taxas de utilização entre os grupos sociais. Isso porque a distribuição de necessidades de saúde que influencia a utilização de serviços de saúde não é aleatória entre os grupos sociais. Por razões semelhantes, as taxas de utilização devem ser padronizadas por idade e sexo. Exemplos de variáveis de morbidade percebidas ou referidas, obtidas em inquéritos populacionais, são: autoavaliação do estado de saúde, restrição de atividades por motivo de saúde e presença de doença crônica. O *Short Form 36*, desenvolvido pela Rand Corporation, nos Estados Unidos, é um instrumento bastante conhecido e válido, voltado para medir o estado de saúde. Neste questionário, são avaliadas oito dimensões de saúde: 1) limitação de atividades físicas por motivo de saúde; 2) limitação de atividades sociais por motivo de saúde; 3) limitação de atividades rotineiras por motivo de saúde; 4) dor física; 5) saúde mental; 6) limitação de atividades rotineiras por problemas emocionais; 7) vitalidade; 8) autoavaliação do estado de saúde (www.rand.org/health/surveys_tools/ mos/ mos_core_36item.html).

Variáveis sociais

A renda, a educação, a ocupação, o gênero e a raça/etnia são identificados pela CSDH da OMS como as características principais na definição da posição socioeconômica dos indivíduos. Nesta seção, serão apresentadas as variáveis sociais mais frequentemente utilizadas em estudos brasileiros sobre desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.

Renda, escolaridade, cor de pele ou raça e ocupação, nessa ordem, foram as variáveis sociais mais empregadas, sendo que poucos estudos trabalharam com a categoria classe social. A maioria dos artigos utilizou mais de uma medida de nível socioeconômico, o que permite explorar as desigualdades sociais em várias dimensões e os possíveis efeitos cumulativos de situações de desvantagem social. Vale ressaltar que o emprego da variável cor de pele ou raça nos estudos sobre desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde deve ser associado ao nível socioeconômico, para se evitar conclusões espúrias sobre estas desigualdades (Travassos & Williams, 2004).

Quanto à operacionalização das variáveis sociais, a renda foi incorporada em faixas de salário-mínimo ou distribuída em quintis ou decis. Mais frequentemente, foi utilizada a renda da família *per capita*. Contudo, em alguns casos, a renda individual foi usada. A distribuição de renda extremamente desigual no Brasil não recomenda o emprego de recortes nacionais de renda em proporções iguais – quintis ou decis. Ao ser analisada por âmbitos geográficos menores, a proporção de pessoas em cada categoria de renda vai variar enormemente. Por exemplo, nas unidades federativas mais ricas, o quintil nacional mais pobre concentra menos do que 20% das pessoas e, inversamente, nas unidades federativas mais pobres, muito mais do que 20% das pessoas.

A escolaridade foi, em geral, medida como anos completos de escolaridade, normalmente categorizada em grupos: para o indivíduo, para o chefe da família, para o pai ou para a mãe. A cor ou raça, geralmente, foi categorizada em branca e não branca. No entanto, não se recomenda agregação de categorias de raça/cor de pele em pesquisa de saúde pública, a não ser que a agregação se justifique em função de os dados da pesquisa demonstrarem homogeneidade de categorias em relação às outras variáveis sociais e demográficas empregadas no estudo (Travassos & Williams, 2004).

Vários estudos incorporaram a dimensão das desigualdades geográficas, medida pelo local de residência: bairro, município, unidade da federação ou grande região de residência, de acordo com a informação disponível e os objetivos do estudo (Oliveira, Travassos & Carvalho, 2004; Pinheiro & Travassos, 1999).

A operacionalização da ocupação mostrou-se mais diversificada. Dois estudos (Yazzle-Rocha, Simões & Guedes, 1997; Yazzle-Rocha & Simões, 1999) usaram um agrupamento das codificações da Classificação Brasileira de Ocupações em estratos sociais, a saber: profissionais, intermédios, qualificados não manuais, qualificados manuais, semiqualificados e não qualificados. Travassos e colaboradores (2002) trabalharam com dez categorias que levam em consideração a inserção ou não do indivíduo no mercado de trabalho e a posição nesse mercado. Noronha e Andrade (2002) reuniram 12 posições na ocupação, classificadas pela Pnad de 1998 em nove grupos: 1) empregados com carteira assinada; 2) militares e funcionários públicos; 3) empregados sem carteira assinada; 4) trabalhadores domésticos; 5) trabalhadores por conta própria; 6) empregadores; 7) trabalhadores para o próprio consumo; 8) trabalhadores em construção civil para o próprio uso; 9) não remunerados. Gomes e Tanaka (2003) trabalharam com presença ou ausência de atividade remunerada e Mendonza-Sassi, Béria & Barros (2003), com desemprego.

Para tratar da classe social, Costa e Facchini (1997) optaram por duas diferentes propostas: a operacionalização de classe social sugerida por Lombardi e colaboradores (1988) para dados epidemiológicos, levando em consideração a propriedade dos meios de produção, e a classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercados (Abipeme), baseada na acumulação de bens materiais e na escolaridade. A primeira classificação dividia os indivíduos em: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não típico, proletariado e subproletariado. A segunda classificou os indivíduos em classes A, B, C, D e E. César e colaboradores (1997) também usaram a classificação baseada na propriedade dos meios de produção.

De forma didática, os métodos utilizados para a análise da desigualdade social no acesso aos serviços de saúde podem ser divididos em métodos não multivariados e métodos multivariados. O que distingue esses dois grupos são as ferramentas estatísticas utilizadas e a forma com que as variáveis são trabalhadas: enquanto no grupo não multivariado as variáveis são analisadas individualmente ou duas a duas, nos métodos multivariados um grupo maior de variáveis é analisado simultaneamente.

Métodos de análise

Destacam-se, a seguir, alguns dos métodos estatísticos empregados para análise de desigualdades sociais no acesso nos estudos brasileiros citados no capítulo:

- Métodos não multivariados: análise bivariada, análise estratificada, taxas padronizadas ou não, prevalência, razão de prevalência, razão de chances (*odds ratio*), risco relativo, risco atribuível na população, diferença de médias, qui-quadrado, ranqueamento, índice de efeito, índice de dissimilaridade, índice de concentração, curva de concentração.
- Métodos multivariados: regressão logística, regressão logística multinomial, regressão de Poisson, modelos hierárquicos, modelos econométricos diversos, modelos usando inferência bayesiana.

Uma boa referência introdutória sobre o uso de estatística nestes estudos pode ser encontrada em Soares e Siqueira (1999).

Para refletir
Qual é o conjunto mínimo de dados necessários para proceder a uma avaliação de equidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil?

Considerações finais

A equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde depende fundamentalmente de sistemas de saúde organizados de modo a reduzir barreiras de acesso à população como um todo. O princípio de universalidade do acesso está presente nos países com os sistemas de saúde mais igualitários. No Brasil, as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços ainda são alarmantes e exigem respostas do Estado, do SUS e da sociedade, de modo a garantir o princípio constitucional de universalidade.

A produção de pesquisa sobre as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços é elemento importante nesse processo. É preciso conhecer como as desigualdades estão configuradas, identificar os fatores explicativos para orientar a formulação de políticas voltadas para a equidade e avaliar o seu impacto. As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde resultam de uma complexidade de fatores que assumem importância específica nos diferentes contextos. A clareza dos conceitos e do modelo explicativo, a qualidade dos dados e do desenho são requisitos que garantem validade às pesquisas. Sua produção deve ser compartilhada e seus resultados devem ser disseminados com os grupos e atores sociais, de modo a tornarem-se um instrumento para a redução das injustiças existentes.

Leituras recomendadas

ADAY, L. A. & ANDERSEN, R. M. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(fall): 208-220, 1974.

EVANS, R. G. & STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. *In*: EVANS, R. G.; BARER, M. L. & MARMOR, T. R. (Eds.) *Why Are Some People Healthy and Others Not? The determinants of health of populations*. Nova York: Aldine de Gruyter; 1994.

GODDARD, M. & SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53:1.149-1.162, 2001.

MCINTYRE, D. & MOONEY G. *The Economics of Heallth Equity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

MENDOZA-SASSI, R. & BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 819-832, 2001.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*, 377: 1.778-1.797, 2011.

PHILLIPS, K. A. *et al*. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, 33(3): 571-596, 1998.

THIEDE, M. Information and access to health care: is there a role of trust? *Social Science and Medicine*, 61(7): 1.452-1.462, 2005.

Sites de interesse

Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) da Organização Mundial da Saúde (OMS): www.who.int/social_determinants/en

Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde 2011: http://cmdss2011.org/site

Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB): www.datasus.gov.br

Referências

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1): 1-10, 1995.

ANDERSEN, R. & NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 51: 95-124, 1973.

ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. & BORRELL, C. Is it possible to reduce Aids deaths without reinforcing socioeconomic inequalities in health? *International Journal of Epidemiology*, 34: 586-592, 2005.

ARAUJO, C. S. *et al*. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(5): 1063-1072, 2009.

BALDANI, M. H. & ANTUNES, J. L. F. Desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos: estudo transversal em uma área atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(sup. 2): S272-S283, 2011.

CAMARGO, M. B. J; DUMITH, S. C. & BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipo de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9): 1.894-1.906, 2009.

CARR-HILL, R. A. *et al*. Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services. *British Medical Journal*, 309: 1.046-1.049, 1994.

CASTRO, M. S. M.; CARVALHO, M. S. & TRAVASSOS, C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.186-1.200, 2005.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C. & CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 795-811, 2002.

CÉSAR, J. A. *et al*. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31(1): 53-61, 1997.

COSTA, J. S. D. & FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Revista de Saúde Pública*, 31: 360-369, 1997.

DIAS DA COSTA, J. S., *et al*. Utilização de serviços odontológicos pela população de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5): 868-876, 2011.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. *In*: DONABEDIAN, A. (Ed.) *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. *In*: WHITE, K. *et al*. (Eds.) *Health Service Research: an anthology*. Washington: Pan American Health Organization, 1992.

FUCHS, V. R. The supply of surgeons and the demand for operations. *The Journal of Human Resources*, 13: 35-56, 1978.

FUCHS, V. R. The doctor's dilemma: what is appropriate care? *The New England Journal of Medicine*, 365: 585-587, 2011.

GOMES, K. R. O. & TANAKA, A. C. A. Morbidade referida e uso de serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 31: 75-82, 2003.

HULKA, B. S. & WHEAT, J. R. Patterns of utilization: the patient perspective. *Medical Care*, 25(3): 438-451, 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)*: *acesso e utilização de serviços de saúde – Brasil, 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)*: *acesso e utilização de serviços de saúde, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – Brasil, 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3): 735-743, 2003.

LOMBARDI, C. *et al*. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*, 22: 253-265, 1988.

LOUCHX, F. Patient cost sharing and access to healthcare. *In:* MACKENBACH, J. & BAKKER, M. (Eds.) *Reducing Inequalities in Health: a European perspective*. Londres: Routledge, 2002.

MCINTYRE, D. & MOONEY, G. *The Economics of Heallth Equity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. & BARROS, A. J. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 37: 372-378, 2003.

MILLMAN, M. *Access to Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1993.

MOONEY, G. & JAN, S. Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy*, 39: 79-87, 1997.

NÉRI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 77-87, 2002.

NORONHA, K. V. M. S. & ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste*, 32: 877-897, 2002.

OLIVEIRA, E. X. G.; TRAVASSOS, C. & CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (sup.2): S298-S309, 2004.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al*. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9): 3.649-3.664, 2011.

PAIM, J., *et al*. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*, 377: 1.778-1.797, 2011.

PINHEIRO, R. S. & TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3): 487-496, 1999.

PORTO, S. M. *et al*. *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos*. Relatório do Projeto Reforsus. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2002.

RAND CORPORATION. *Health Insurance Experiment*, 1982. Disponível em: <http:/ /rand.org/pubs/research_briefs/2006/RAND_RB9174.pdf>.

ROEMER, M. I. & WHITE, K. L. Disponibilidad de camas y utilización de los hospitales: un experimento natural. *In:* ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS, 1992.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. & DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Services Research*, 10: 217, 2010.

SOARES, J. F. & SIQUEIRA, A. L. *Introdução à Estatística Médica*. 1. ed. Belo Horizonte: Departamento de Estatística-UFMG, 1999.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a 'porta'. *In:* STARFIELD, B. (Org.) *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine*, 64:1.355-1.362, 2007.

STARFIELD, B. & SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60: 201-208, 2002.

THIEDE, M. & MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5):1.168-1.173, 2008.

TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (supl.2): S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C & WILLIAMS, D. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3): 660-678, 2004.

TRAVASSOS, C. *et al*. Utilização de serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6): 365-373, 2002.

VAN DOORSLAER, E. *et al*. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174: 177-183, 2006.

VICTORA, C. G. *et al*. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*, 377: 1.863-1.876, 2011.

WELCH, H. G. *Overdiagonosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press, 2011.

YAZZLE-ROCHA, J. S. & SIMÕES, B. J. G. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. *Revista de Saúde Pública*, 33(1): 44-54, 1999.

YAZZLE-ROCHA, J. S.; SIMÕES, B. J. G. & GUEDES, G. L. M. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Revista de Saúde Pública*, 31(5): 479-487, 1997.

WENNBERG, J. E. *et al*. Hospital use and mortality among medicare beneficiaries in Boston and New Haven. *New England Journal Medical*, 321: 1.168-1.173, 1989.

WENNBERG J. E. *Tracking Medicine: a researcher's quest to understand health care*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

Parte II

Saúde como Setor de Atividade Econômica

7. O Complexo Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde

Carlos Augusto Grabois Gadelha
José Manuel Santos de Varge Maldonado
Laís Silveira Costa

Este capítulo apresenta um olhar diferenciado e mais amplo da saúde, que a situa no cerne da agenda de desenvolvimento nacional. Seu objetivo central é, com base em variáveis da economia política, aprofundar a análise da dinâmica estabelecida entre os interesses envolvidos no bojo do complexo econômico-industrial da saúde (Ceis). Busca, ademais, superar falsas dicotomias entre os interesses sanitários e econômicos e, principalmente, destacar a dinâmica que os inter-relaciona, além de apontar os principais desafios para uma articulação virtuosa entre eles.

Note-se que a sustentabilidade estrutural do sistema de saúde brasileiro remete à necessidade de se pensar o padrão de desenvolvimento do país em razão da maneira como este se expressa e se reproduz no âmbito da saúde. Isto decorre não somente da dimensão social da saúde, como direito garantido na Constituição Federal e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar, como também de sua dimensão econômica, evidenciada pelo fato de que a base produtiva da saúde responde por parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB) e da geração de empregos diretos e indiretos, mobilizando ainda parte significativa do investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D).

O caráter estratégico da saúde também é enfatizado por ela se configurar como importante catalisadora de inovação, o que a situa em posição de liderança no que tange ao investimento em P&D para a geração de conhecimento, elemento essencial para a competitividade na sociedade de conhecimento globalizada contemporânea.

Partindo-se, portanto, de um olhar mais abrangente das dimensões diversas da saúde, observa-se o estabelecimento de relações intrínsecas entre esta e 'desenvolvimento', que podem ser definidas como "um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população" (Viana & Elias, 2007: 176).

Justamente por envolver interesses de atores diversos, que figuram no cenário político com forças assimétricas, a análise da saúde nas suas várias dimensões é bastante complexa, exigindo o uso da abordagem da economia política. Assim, parte-se desse arcabouço para

caracterizar o complexo econômico-industrial da saúde com base em três subsistemas: o de indústria de base química e biotecnológica; o de base mecânica, eletrônica e de materiais; e o de serviços de saúde (Gadelha *et al.*, 2010).

O **complexo econômico-industrial da saúde** (Ceis) é tratado neste capítulo indiscriminadamente pelas seguintes terminologias: complexo produtivo da saúde, complexo industrial da saúde, complexo da saúde e complexo produtivo. A despeito da terminologia utilizada no âmbito desta análise, vale mencionar que, quando se utiliza o termo 'complexo industrial da saúde (CIS)' nos documentos institucionais do governo, como por exemplo na Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), no Mais Saúde e no Plano de Ação do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), ele não incorpora, em sua definição, o segmento de serviços em saúde, restringindo-se, portanto, aos segmentos industriais deste complexo.

O desenvolvimento de análises científicas sobre este complexo justifica-se, ademais, na medida em que ele está sendo priorizado em políticas setoriais (sociais, produtivas e de geração de conhecimento), o que pode representar um maior grau de articulação entre as políticas industriais e de serviços de saúde, em caráter inédito no Brasil.

Observa-se, assim, a institucionalização da saúde no Brasil na agenda de desenvolvimento nacional, em especial pelo seu papel dinâmico no Sistema Nacional de Inovação, representando um possível passo na direção da articulação entre saúde e desenvolvimento e da superação de falsas dicotomias observadas entre a lógica sanitária e a econômica da saúde.

Atualmente, **a fragilidade da base produtiva nacional em saúde** representa importante vulnerabilidade ao sistema de saúde brasileiro, agravado pelo cenário de transição demográfica, de alterações no perfil socioeconômico e epidemiológico da população, e pela rápida incorporação tecnológica por parte do sistema nacional de saúde.

Note-se, entretanto, que a despeito de seu caráter estratégico para a agenda de desenvolvimento nacional, ainda persiste a fragilidade da base produtiva e tecnológica brasileira em saúde, refletida no crescente déficit da balança comercial do Ceis. Essa fragilidade torna a política de saúde vulnerável, uma vez que dificulta a garantia da oferta universal de bens e serviços de saúde, sugerindo a necessidade de se aprofundar o estudo da caracterização desse complexo, de seus subsistemas industriais e de serviços, de sua dinâmica inovativa, assim como dos principais desafios para seu fortalecimento.

Assim, este capítulo propõe-se a apresentar uma breve análise da dinâmica entre saúde e desenvolvimento, enfatizando a inovação como elo importante dessa relação. Em seguida apresenta a caracterização do complexo econômico-industrial da saúde, detalhando a dinâmica de algumas de suas indústrias; e finaliza apontando alguns desafios para o fortalecimento do Ceis e da agenda de inovação em saúde, cuja superação é essencial para a reversão da fragilidade a que está exposto o sistema nacional de saúde.

A dinâmica entre saúde, desenvolvimento e inovação

O movimento de democratização do Brasil incluiu na Constituição Federal de 1988 um conjunto importante de direitos sociais, inserindo a saúde como um dever do Estado e direito da população. Além da sua importância para a seguridade social, a saúde, como fator básico de cidadania, é parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento. Ademais, possui outras características que a tornam área destacada de um projeto de desenvolvimento nacional, como seu peso no PIB e seu potencial inovativo.

A saúde, nesse sentido, precisa ser considerada mediante uma abordagem estruturalista que enfatiza os fatores histórico-estruturais característicos da sociedade brasileira, sua inserção internacional, assim como sua relação com uma difusão extremamente assimétrica e dissociada das necessidades locais do progresso técnico e do conhecimento (Fiocruz, 2012).

A **saúde** articula processos de produção de bens e serviços no âmbito de um conjunto de setores e instituições que interagem de forma sistêmica, envolvendo espaços de mercado e do Estado regidos por um mesmo arcabouço político institucional. Ademais, ao expressarem importantes vetores com clara interpenetração entre elementos políticos, institucionais, sociais e econômicos, determinando a direção das trajetórias nacionais de inovação e a dinâmica global de investimentos, enfatiza-se a intrínseca relação entre saúde e desenvolvimento.

Com base nessas considerações, utiliza-se o arcabouço teórico conceitual da economia política da saúde, tornando possível, nesta análise, não somente a politização do debate como também a identificação das tensões inerentes ao convívio entre os interesses sanitários e os econômicos presentes na agenda da saúde. A adequação desse arcabouço decorre de ele contemplar a complexidade da saúde, estabelecendo como categorias analíticas fundamentais seu papel como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital (Viana, Silva & Elias, 2007).

Assim, a análise aqui empreendida tem como base conceituações mais abrangentes, tanto de 'desenvolvimento' como de 'saúde'. A relevância do aprofundamento da análise da relação entre saúde e desenvolvimento pauta-se, de forma mais óbvia, pela constatação de que mais de vinte anos se passaram desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em que pesem os avanços observados, grande parte da população, particularmente aquela residente em regiões remotas ou com piores condições socioeconômicas, não tem acesso a serviços de saúde de qualidade (Lima & Baptista, 2009).

No que tange ao conceito de 'desenvolvimento', "não será designado aqui como (...) o mero crescimento da economia (...), pois isso não suscita nenhum fenômeno qualitativamente novo" (Schumpeter, 1982: 47). Por sua vez, Furtado (1964: 27) define 'desenvolvimento econômico' como um "processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas (...) são satisfeitas [por meio] de uma diferenciação no sistema produtivo, gerado pela introdução de inovações tecnológicas". Desenvolvimento é considerado também "em termos da universalização e do exercício efetivo de todos os direitos humanos: políticos, civis e cívicos; econômicos, sociais e culturais; bem como os direitos coletivos ao desenvolvimento, ao ambiente etc." (Sachs, 2004: 37).

Em relação à conceituação da saúde, destaca-se sua importância social, uma vez que é um bem público, um direito social e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social – conforme determinado no Brasil na Constituição de 1988. Além disso, no caso específico brasileiro, dadas as suas dimensões territoriais e as desigualdades observadas em solo nacional, a saúde destaca-se como elemento estruturante da ocupação territorial e do desenvolvimento regional. A saúde é também reconhecida pelo seu papel na geração de emprego e de riqueza para o país. Estudos do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), atualizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que em termos econômicos a saúde constitui um mercado anual de mais de R$ 160 bilhões, sendo, em tamanho, o nono

mundial; gera aproximadamente 12 milhões de empregos (diretos e indiretos); e é responsável por cerca de 12% dos vínculos empregatícios formais. Adicione-se a esses dados o fato de que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), a participação da saúde na geração de demanda efetiva para o sistema produtivo nacional perfaz 9% do PIB, observado no consumo final de bens e serviços (Tabela 1).

Tabela 1 – Composição do consumo final da saúde por setor institucional em percentual do PIB. Brasil – 2000 a 2009

Setores institucionais	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Famílias	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	4,9	5,0	4,9	4,7	4,9
Administração pública	2,9	3,1	3,2	3,1	3,3	3,3	3,5	3,5	3,7	4,1
Total	7,2	7,3	7,2	7,0	7,1	8,2	8,5	8,4	8,4	9,0

Fonte: WHO, 2011.

No campo econômico, a saúde também configura um complexo de atividades produtivas de bens e serviços que relaciona segmentos cruciais da sociedade contemporânea com base no conhecimento e na inovação (fatores de competitividade global), sendo responsável por um quarto do esforço nacional em pesquisa (Guimarães, 2005; Gadelha & Maldonado, 2008).

Inovação consiste em converter uma ideia ou invenção em uso prático, cabendo ao inovador estabelecer instalações para a nova produção e trazer o novo produto ou processo ao mercado. Frequentemente, a inovação implica descartar produtos e processos anteriores. A inovação é um ato empresarial que vai além da simples administração da produção e envolve arregimentar financiamento, arranjar detalhes complexos de engenharia e assumir riscos. As inovações podem caracterizar-se em três categorias:

1. Inovações de processo – consistem em alterar as formas de produção de determinados produtos, como novas formas de fundir metal ou embalar um produto;
2. Inovações de produtos – criam um novo bem para venda, podendo isto se efetuar sem qualquer alteração no processo, como a criação do relógio digital substituindo o relógio de corda ou de um novo modelo de automóvel;
3. Inovações organizacionais – envolvem mudanças ou melhorias na organização/administração das empresas que resultem em melhor eficiência/produtividade, como técnicas de gestão da produção (ex.: modelo fordista, *just-in-time*, qualidade total etc.).

Fonte: Kon, 1994.

Na atualidade, Lemos (1999), Albuquerque e Cassiolato (2000), Gadelha, Quental e Fialho (2003), entre outros, vêm desenvolvendo uma perspectiva que incorpora o conceito de Sistema Nacional de Inovação (SNI) ao campo da saúde, indicando a existência de um Sistema Nacional de Inovação em Saúde (SNIS). Essa perspectiva também é coerente com a relevância da saúde nas atividades de P&D mundiais, conforme se depreende de estatísticas do Global Forum for Health Research (2008), que apontou que em 2005 a saúde respondeu por 22% das atividades públicas e privadas de P&D mundiais. Observa-se, ademais, o expressivo crescimento da participação da saúde nessas atividades (Tabela 2).

Sistema Nacional de Inovação

O conceito de Sistema Nacional de Inovação caracteriza o conjunto de instituições distintas que contribuem para o desenvolvimento e a difusão de tecnologias, tendo como fontes para a geração de inovação não apenas as empresas, mas também todo o universo de organizações e instituições políticas envolvidas nesse processo. Argumenta-se que cada um desses conjuntos apresenta características históricas e culturais particulares e graus distintos de densidade e interações, devendo, portanto, ser objeto de atuação específica e diferenciada. Enfatiza-se, assim, que as diferenças relacionadas à experiência histórica, à linguagem e à cultura implicam características idiossincráticas que se refletem na configuração institucional geral, na organização interna das empresas, entre empresas e instituições e mercados, no papel do setor público e das políticas públicas, do setor financeiro, na intensidade e organização das atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D), dentre outras, caracterizando uma abordagem de economia política. As proximidades geográfica e cultural são, ainda, importantes fontes de diversidade e vantagens competitivas, assim como a disponibilidade de qualificações técnicas e organizacionais e conhecimentos tácitos acumulados.

Tabela 2 – Aumento em investimentos em P&D em saúde como proporção do investimento total em P&D – 1986-2005 (US$ milhões constantes e %)

	1986	1992	1998	2003	2005
P&D total, ajustado pela inflação	365,1	451,3	527,1	623,7	664,4
P&D em saúde, ajustado pela inflação	42,0	64,0	87,5	118,0	143,7
P&D em saúde, como % de todo P&D	11,5	14,2	16,6	19,0	21,6

Fonte: Global Forum for Health Research, 2008.

Vale enfatizar que processos de geração de conhecimento e de inovação implicam o desenvolvimento de capacitações científicas, tecnológicas e organizacionais e esforços substanciais de aprendizado. E que, além disso, na medida em que o Ceis articula o conjunto das novas tecnologias que emergem no esteio da 3ª Revolução Industrial, designadas de tecnologias portadoras de futuro (uma vez que suas atividades produtivas são intensivas em C&T), ele possui potencial tanto para adensar o tecido produtivo como para direcioná-lo de modo a compatibilizar a estrutura de oferta com a demanda social de saúde (Gadelha, 2007a).

Evolução do conceito do Ceis

A existência de um complexo médico-industrial no âmbito da saúde foi reconhecida por Hésio Cordeiro na década de 1980. Ele envolvia a formação profissional, as indústrias e a prestação de serviços médicos, focalizando particularmente o processo de produção e de consumo de medicamentos.

Aprofundando o conceito de complexo médico-industrial, Gadelha (2002) desenvolve o conceito do complexo industrial da saúde (CIS). Parte da base conceitual da economia política para analisar a relação sistêmica existente entre determinado grupo de segmentos produtivos (industriais e de serviços) voltados para a prestação de bens e serviços em saúde. E promove a caracterização de cada um dos segmentos deste complexo: 1) o segmento industrial de base química e biotecnológica (indústria farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico); 2) o de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos); e 3) o segmento de serviços (produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento).

Recentemente, uma nova terminologia foi proposta – complexo econômico-industrial da saúde – em decorrência do fato de que parte da aplicação do termo 'CIS' acabou restringindo-se aos segmentos industriais, atenuando o caráter sistêmico da abordagem que incorpora também o segmento de serviços em saúde.

O complexo da saúde tem o potencial, dessa forma, de contribuir para um modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo e de promover a superação de dicotomias hoje existentes no bojo da saúde, que vêm apontando para o estabelecimento de hierarquia entre os interesses econômicos e os sociais, favorável àqueles.

É importante não somente ressaltar que os serviços são o elemento dinamizador e articulador do complexo econômico-industrial da saúde como, também, reconhecer que a inovação tecnológica advinda dos demais segmentos do Ceis é primordial para a sustentabilidade de um sistema de saúde universal. Ou seja, não há dicotomia entre o apoio à universalização dos serviços em saúde e o fortalecimento de sua base produtiva, desde que a inovação se oriente pelos interesses sociais coletivos.

Na realidade, o fortalecimento da base produtiva e de inovação da saúde é essencial para reverter o quadro de vulnerabilidade a que hoje está exposto o SUS; em particular ao se considerarem as características sociais, demográficas e epidemiológicas atuais da população brasileira e as tendências futuras, os custos crescentes pautados por novas e complexas tecnologias incorporadas pela saúde e a dependência externa dos produtos do complexo da saúde.

Assim, em decorrência de seu caráter estratégico tanto no âmbito da agenda social quanto no da agenda de desenvolvimento produtivo e econômico, o governo federal vem institucionalizando, nos últimos anos, o papel da saúde na agenda de desenvolvimento nacional.

O papel da saúde na agenda de desenvolvimento nacional

Inserido no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), foi lançado em 2008 o Programa Mais Saúde: direito de todos, também designado de PAC Saúde. O programa define o complexo industrial da saúde como um dos eixos estratégicos para a política de saúde. É reconhecida, nessa ocasião, a necessidade de transformar a estrutura produtiva e de inovação e de aumentar a competitividade das empresas e dos produtores públicos e privados das indústrias da saúde. Seu objetivo contempla não somente o enfrentamento da concorrência internacional como também a possibilidade de oferta de produtos e insumos compatíveis com o padrão tecnológico e de consumo que se configura no campo da saúde no Brasil (Brasil, 2007a).

O reconhecimento da saúde supera as barreiras setoriais, e esta é declarada como estratégica para o desenvolvimento nacional ao ser apontada inclusive como uma das áreas que mais investem em pesquisa e desenvolvimento no país. Assim, o PAC da Inovação do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, de 2007, também reconhece os "Insumos para a saúde" como uma de suas áreas estratégicas (Brasil, 2007b).

Por fim, para aumentar a competitividade da indústria nacional, sob o lema "Inovar para competir, competir para crescer", já no governo Dilma foi instituído, em 2011, o Programa Brasil Maior. O programa compreende uma nova política industrial, tecnológica, de serviços e de comércio exterior visando ao estímulo à inovação e à produção nacional para alavancar a competitividade da indústria. Entre as medidas previstas, salienta-se a Lei de Compras Governamentais, que estipula uma margem de preferência de até 25% nos processos de licitação para produtos manufaturados

e serviços nacionais que atendam às normas técnicas brasileiras. Essas margens serão definidas levando em consideração a geração de emprego e renda e o desenvolvimento e a inovação tecnológica realizados no país, e o dispositivo será usado também para fortalecer pequenos e médios negócios em algumas áreas, dentre elas a saúde (Brasil, 2011a).

No que tange à política social, pela primeira vez na história foi incorporada a importância do desenvolvimento de sua base produtiva industrial e de inovação e foi reconhecida a alta intensidade científica e tecnológica do Ceis e seu potencial de disseminação de conhecimento e inovação para a matriz produtiva, fazendo com que o complexo da saúde passasse a figurar como área estratégica no Mais Saúde, em 2007 (Brasil, 2007a).

Ultrapassando as fronteiras da política de saúde, o complexo foi considerado estratégico também no âmbito do 'PAC da Inovação' (Brasil, 2007b), orientando o financiamento e a atuação do Sistema Nacional de C&T e da Política de Desenvolvimento Produtivo (Brasil, 2008), do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.

De forma análoga, o Plano Brasil Maior (Brasil, 2011a), lançado em 2011, que dá continuidade tanto à Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) quanto à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), também insere o complexo da saúde em um de seus cinco blocos produtivos de dimensões setoriais relevantes.

Como consequências tangíveis dessa priorização nos últimos anos, vale destacar algumas iniciativas que apontam para o aumento da disponibilidade de linhas de financiamento específico para fomentar o desenvolvimento do Ceis, conforme enfatizam Gadelha e Costa (no prelo).

De início, verifica-se a retomada, em 2009, de um arranjo institucional do governo para internalizar a produção de fármacos no Brasil, mediante o estabelecimento de parcerias público-privadas (PPP) entre as empresas farmoquímicas nacionais e os laboratórios oficiais que possuem acesso ao mercado público. O marco desse processo é a produção nacional do Efavirenz, que foi o primeiro licenciamento compulsório feito no país, enfatizando que a saúde pública e o acesso podem e devem orientar a política nacional de inovação em saúde. O caráter estratégico dessas parcerias fica evidente pelo fato de que em 2011, dois anos apenas depois de sua institucionalização, foram realizadas 28 parcerias voltadas para doenças de alto impacto.

As **parcerias público-privadas (PPP)** são arranjos em que o setor privado projeta, financia, executa e opera uma determinada obra/serviço, objetivando o melhor atendimento de uma determinada demanda social. Historicamente, esse tipo de parceria existe há muito tempo, mas chega ao Brasil estabelecendo uma relação entre investimento privado e infraestrutura pública, em áreas de altíssima relevância social.

Como a própria sigla diz, é uma parceria entre a administração pública e a iniciativa privada, com o objetivo de fornecer serviços de qualidade à população, por um largo período de tempo (Parcerias, 2011). Na área da saúde, esse tipo de parceria está sendo introduzido no Brasil, designado de 'parcerias para o desenvolvimento produtivo', com algumas características distintas das parcerias público-privadas tradicionais, uma vez que se referem especificamente a processos de transferência e internalização de tecnologias estratégicas para o SUS.

Vale enfatizar que a intensificação dessa ação estratégica aponta para um uso mais abrangente do poder de compra do Estado para o desenvolvimento tecnológico em saúde.

Um segundo exemplo destacado refere-se à crescente articulação da política de assistência farmacêutica para a transformação da base produtiva nacional de medicamentos. Em decorrência de maior protagonismo, por parte do Ministério da Saúde, na compra de medicamentos, observou-se uma significativa mudança no perfil dessa demanda, que, aliada ao novo contexto de renascimento da política industrial para a área da saúde, teve como impacto o aumento da participação do capital nacional na indústria farmacêutica.

Um terceiro reflexo da aproximação dos campos da saúde e do desenvolvimento pode ser observado a partir do crescente apoio à inovação em produtores públicos de vacinas, reagentes para diagnóstico e biofármacos (notadamente Fiocruz e Butantan). Tem-se associadas, nesse caso, a estratégia de imunização à de desenvolvimento tecnológico local, utilizando-se do poder de compra, inclusive para ter acesso a tecnologias de empresas líderes mundiais. Como exemplos dessa estratégia, vale enfatizar o estabelecimento de acordos de transferência de tecnologia para produção de vacinas contra pneumococo, gripe, meningite C, rotavírus, gripe, tríplice viral, quádrupla bacteriana (DTP + Hib), pneumocócica 10-valente e meningocócica C conjugada. Para os anos de 2011/2012, prevê-se ainda o desenvolvimento de uma vacina pentavalente (DTP, Hib, Hep B).

Como quarto destaque, observou-se importante investimento nas instituições públicas de produção e inovação em saúde. E há propostas concretas de montagem de infraestrutura de apoio tecnológico à inovação em saúde, destacando-se alguns projetos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Vale destacar, dentre estes, o Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, o Centro Integrado de Protótipos, Biofármacos e Reagentes para Diagnóstico e a infraestrutura tecnológica para desenvolvimento da insulina, além da criação da Hemobrás, em Pernambuco, para atuar no campo dos hemoderivados e produtos para biotecnologia.

O quinto destaque verifica-se no campo dos serviços de maior intensidade de conhecimentos, cabendo enfatizar vultosos investimentos no novo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into) e no novo *campus* integrado do Instituto Nacional de Câncer (Inca). Estes atuarão como coordenadores nacionais de redes assistenciais nacionais e descentralizadas de inovação, com alto potencial de articulação com a indústria no sentido de orientar a inovação em saúde.

Por fim, destaca-se a importante entrada de instituições da área econômica e de C&T na priorização da produção e da inovação em saúde. Nesse sentido, vale mencionar a atuação do BNDES, que dispõe de uma linha especial de apoio ao setor de fármacos e medicamentos, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma). Em 2007, o BNDES anunciou sua renovação, tendo sido renomeado para Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, coloquialmente designado de Profarma 2, e estendido aos demais segmentos do complexo, incluindo a indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos. O objetivo do programa é elevar a competitividade do Complexo Econômico-Industrial da Saúde por meio da disseminação da atividade inovadora, aumento da produção e consequente inserção internacional das empresas nacionais (BNDES, 2011). No campo de C&T, salienta-se a atuação do

MCTI, que aplicou 27% de seus recursos de fundos de subvenção em empresas inovadoras em saúde (Brasil, 2011b).

A despeito dessas iniciativas, a fragilidade da base produtiva da saúde permanece como um ponto de vulnerabilidade tanto para o setor quanto para a agenda mais ampla de desenvolvimento nacional, reforçando a necessidade de se aprofundar o conhecimento do complexo da saúde, na busca de problematizar os gargalos enfrentados por esses setores produtivos, assim como orientar políticas voltadas para sua superação.

Para refletir
Discuta como a saúde se insere no contexto da política nacional de desenvolvimento.

Caracterização do complexo produtivo da saúde ou complexo econômico-industrial da saúde (Ceis)

A caracterização do complexo da saúde parte do reconhecimento de que um sistema de saúde é composto não somente pela demanda social por bens e serviços de saúde como também pelas organizações voltadas para a provisão desses serviços e para a geração de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, produtivos e de infraestrutura. Em decorrência disso, justifica-se a utilização do conceito da saúde embasado pela economia política. Essa abordagem, ademais, fundamenta uma visão integrada de atividades produtivas interdependentes, estabelecendo a caracterização do complexo econômico-industrial da saúde (Ceis).

Seguindo essa perspectiva analítica, a delimitação do Ceis representa um olhar diferenciado diante da forma tradicional de se abordar o setor saúde, uma vez que denota uma percepção da área como um conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde. Ou seja, o conceito do Ceis incorpora o caráter sistêmico das atividades nele relacionadas.

Caracterização do complexo econômico-industrial da saúde (Ceis)

O Ceis pode ser definido como um complexo econômico com base em um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços ou de conhecimentos e tecnologias. O subsistema de serviços em saúde é aquele que dinamiza a relação entre os subsistemas diversos, estabelecendo o caráter sistêmico do Ceis, em especial pela sua função de consumidor e demandante, muitas vezes influenciando a produção de equipamentos médico-hospitalares, produtos farmacêuticos, imunoderivados, soros e demais insumos (Fiocruz *et al.*, 2012).

Além disso, seguindo a tradição de economia política, que considera o próprio mercado como um espaço institucionalmente construído, esse conjunto particular de setores econômicos está inserido em um contexto político e institucional configurado pelas especificidades da área da saúde. Como decorrência dessa convergência institucional e política de setores de atividades, empresas, instituições públicas, privadas e da sociedade civil para um determinado espaço econômico de geração de investimento, consumo, inovação, renda e emprego, conforma-se um complexo econômico-industrial da saúde.

Assim, o Ceis envolve um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados (fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico,

equipamentos e materiais médicos) e um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde (hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico e tratamento) e consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo. Caracteriza-se, dessa forma, uma clara relação de interdependência intersetorial (Gadelha, 2003).

Em seu conjunto, o complexo da saúde relaciona segmentos com dinâmicas bastante diferenciadas entre si, mas que compartilham o mesmo arcabouço político institucional, referente ao ambiente regulatório, às orientações de política social, econômica e industrial e ao modelo político institucional do Sistema Nacional de Saúde. Assim, enfatiza-se a relevância do protagonismo do Estado, que atua como mediador tanto na regulação da relação entre os geradores de recursos, os provedores de serviços e a população quanto na execução e na provisão direta de bens e serviços considerados estratégicos em dada conjuntura econômica, política e social (Gadelha, 2002, 2003).

Diagrama 1 – Contexto político e institucional do complexo industrial da saúde

Estado[1]

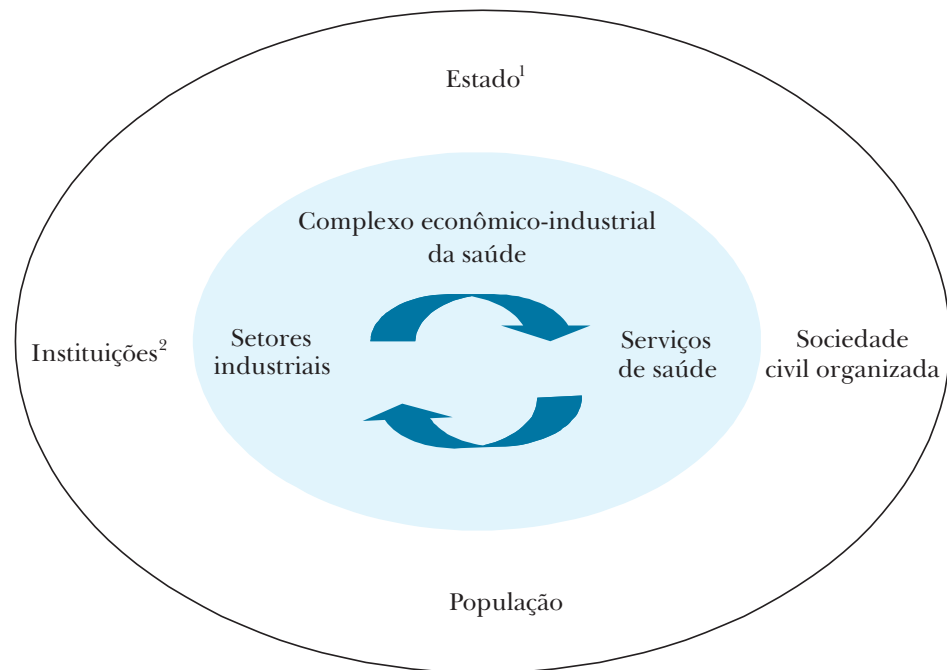
Complexo econômico-industrial da saúde

Instituições[2]

Setores industriais

Serviços de saúde

Sociedade civil organizada

População

[1] Incorpora relações de poder, estrutura decisória e formulação e implementação de políticas implícitas e explícitas.

[2] Desde as instituições formais de C&T e de educação, agências de fomento e órgãos de financiamento, por exemplo, até as de normas de conduta institucionalizadas na sociedade.

A importância atribuída ao papel do Estado pode ser mais facilmente compreendida com base na representação do arcabouço político-institucional da saúde constante no Diagrama 1, que permite inferir a importância da mediação de interesses de natureza tão diversa quanto aqueles representados nesse esquema. Já o Diagrama 2, que apresenta uma visão mais detalhada da relação sistêmica no bojo do complexo econômico-industrial da saúde, representa a sua taxonomia geral.

Como se observa, o Ceis envolve um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados para a área e um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde, que são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo, caracterizando uma clara relação de interdependência setorial e definindo uma relação sistêmica entre os elementos representados. No Diagrama 2 não é detalhado o arcabouço político institucional do Ceis como um todo, mas mantém-se a representação da intermediação do Estado, dada a sua relevância na virtuosidade da relação entre os segmentos diversos do Ceis.

Diagrama 2 – Complexo econômico-industrial da saúde: caracterização geral

ESTADO = PROMOÇÃO + REGULAÇÃO

Setores industriais

Indústria de base química e biotecnológica
- Medicamentos
- Fármacos
- Vacinas
- Hemoderivados
- Reagentes para diagnóstico

Indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais
- Equipamentos mecânicos
- Equipamentos eletrônicos
- Próteses e órteses
- Materiais

Serviços em saúde

Hospitais

Ambulatórios

Serviços de diagnóstico

Fonte: Gadelha, 2003.

Para a caracterização do complexo da saúde, partiu-se da base de conhecimento e tecnológica de cada um dos elementos representados para se estabelecer uma segmentação mediante três subsistemas que, em conjunto, compõem o Ceis.

A apresentação e a análise aprofundada de cada um dos subsistemas do Ceis encontram-se em Gadelha e colaboradores (no prelo) e Fiocruz e colaboradores (2012).

O subsistema de base química e biotecnológica impacta diretamente a capacidade da prestação universal de serviços no Brasil, uma vez que é responsável pela produção de medicamentos, fármacos, vacinas e soros, hemoderivados e reagentes para diagnóstico. Caracteriza-se por sua relevância econômica e pelo domínio de tecnologias estratégicas para o país, uma vez que mobiliza áreas críticas para a evolução da atenção à saúde – como, por exemplo, a biotecnologia, a nanotecnologia e a química orgânica avançada.

O subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais exerce particular influência na prestação de serviços de saúde, pois representa uma fonte contínua de mudanças nas práticas assistenciais – fato decorrente da forte associação dos produtos às práticas médicas,

uma vez que estes influenciam tecnologias incorporadas nos procedimentos no que se refere à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças.

O subsistema de serviços de saúde é entendido como "um serviço compreendido no interior dos processos de produção, distribuição e consumo, inserido no setor terciário da economia, dependendo de processos que perpassam os espaços do estado e do mercado" (Paim, 2004, *apud* Viana & Machado, 2008: 659). Ao congregar os setores envolvidos na prestação de serviços de saúde (unidades hospitalares, ambulatoriais e de serviços de diagnóstico e tratamento), o subsistema de serviços organiza a cadeia de suprimento dos produtos industriais em saúde, constituindo-se como mercado final de produtos dos demais segmentos do complexo produtivo e articulando o consumo por parte dos cidadãos.

Seguindo a taxonomia de organização industrial e de inovação, o setor de serviços se caracteriza como uma atividade dominada por fornecedores, o que acaba por considerá-lo coadjuvante no processo de inovação, uma vez que o progresso técnico seria incorporado, em grande medida, nos produtos adquiridos pelo setor de serviços, como medicamentos, equipamentos e novos materiais.

Entretanto, do ponto de vista das relações intersetoriais, são os serviços de saúde que conferem organicidade ao Ceis, podendo-se dizer que representam a força motriz do complexo como um todo. Assim, a expansão, a contração ou o direcionamento de suas atividades exercem impactos determinantes na dinâmica de acumulação e inovação dos demais segmentos produtivos.

Na busca de analisar tais relações, assim como apontar empecilhos para uma política efetiva de fortalecimento da capacidade produtiva e inovativa em saúde, os próximos tópicos procuram caracterizar as indústrias que compõem o complexo produtivo da saúde, assim como o subsistema de serviços. A proposta é adensar o conhecimento sobre os segmentos do Ceis, procurando entender os principais desafios que precisam ser enfrentados para o seu desenvolvimento pautado em uma política de desenvolvimento nacional que seja capaz de articular a vertente social à econômica.

Subsistema de base química e biotecnológica

Observa-se que, apesar de os segmentos diversos do subsistema de base química e biotecnológica possuírem peculiaridades próprias, pode-se apontar uma clara convergência tecnológica, econômica e competitiva por meio da qual as empresas líderes farmacêuticas invadem e submetem os demais segmentos de base química e biotecnológica às suas estratégias de inovação.

Assim, inicialmente será caracterizada a indústria farmacêutica, uma vez que esta representa o espaço competitivo que condiciona a dinâmica do subsistema de base química e biotecnológica, para *a posteriori* se destacarem algumas das particularidades dos demais segmentos, como a produção de vacinas, de hemoderivados e de reagentes para diagnóstico (Gadelha *et al.*, 2010).

Indústria farmacêutica

A indústria farmacêutica pode ser caracterizada como um oligopólio diferenciado, cuja competição é baseada tanto nas atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) quanto

nas de *marketing*, ambas voltadas para um permanente processo de lançamento de novos produtos no mercado. O principal instrumento da indústria de apropriação de resultados oriundos de seus esforços de P&D é a patente, utilizada como garantia de um monopólio temporário de vendas, não permitindo a competição por preços (Capanema, 2006).

As firmas líderes, embora concentrem suas atividades de maior densidade tecnológica nos países desenvolvidos, mantêm um padrão globalizado de atuação. Dominam, assim, distintos mercados, inclusive os menos desenvolvidos, nos quais podem concentrar suas ações de formulação de medicamentos – nos casos justificados pelo tamanho e dinamismo do mercado – ou por meio de importações das empresas do grupo, em razão de suas estratégias de mercado.

Tomando-se o Brasil como exemplo do primeiro caso, a atuação dessas empresas caracteriza-se pela realização tanto de testes clínicos mediante protocolos elaborados internacionalmente como também de atividades com densidade tecnológica mais restrita ou pontual.

Como consequência dessa disseminação restrita das atividades de maior valor agregado e mão de obra mais qualificada, sobretudo com o novo rumo das inovações ligadas à biotecnologia e à química fina, gera-se um impacto negativo sobre a estruturação do sistema de inovação em saúde em países em desenvolvimento, devido à dissociação entre as necessidades locais das regiões mais atrasadas e os esforços empresariais de P&D, gerando uma preocupação mundial, por exemplo, com a falta de pesquisa voltada para as doenças negligenciadas (tuberculose, doença de Chagas, leishmaniose etc.).

Essa situação é particularmente preocupante, uma vez que o mercado mundial é bastante concentrado. Em conjunto, a América do Norte, a Europa e o Japão representam 82% do mercado mundial (IMSHealth, 2011), que, em 2010, movimentou US$ 856 bilhões. De acordo com as estimativas, os principais mercados emergentes – Brasil, China, Coreia do Sul, Índia, México, Rússia e Turquia – deverão movimentar US$ 300 bilhões até 2017, com o Brasil ocupando, em 2010, a sétima posição no *ranking* mundial de vendas globais (IMSHealth, 2011).

Com relação às empresas, também se verifica um vigoroso processo de fusões e incorporações, ilustrado pelo fato de que as dez maiores empresas mundiais detêm mais de 45% das vendas mundiais (IMSHealth, 2011).

Essa crescente concentração do mercado tem sido justificada principalmente em virtude das estratégias de P&D, uma vez que o processo de desenvolvimento de um novo medicamento envolve um horizonte de tempo de dez a quinze anos e um dispêndio superior a US$ 1 bilhão (PhRMA, 2011). É válido ressaltar que o impacto terapêutico de muitas inovações é questionável e, na medida em que o objetivo maior do processo competitivo é o lançamento de novos produtos, existe uma grande controvérsia quanto ao que é de fato gasto em P&D e o que, a despeito de classificado como tal, é aplicado em *marketing*. Nesse aspecto, estima-se que para as grandes empresas da indústria, as *big pharma*, os gastos em *marketing* representem o dobro dos gastos alocados em P&D (Parexel's, 2007).

No que tange ao mercado farmacêutico brasileiro, este caracterizou-se por um elevado dinamismo ao longo de todo o pós-guerra e por uma onda de inovações, tendo entre os anos de 1940 e 1970 ocorrido a entrada das líderes mundiais no mercado nacional, consolidando, no país, uma estrutura oligopólica análoga à verificada nos países desenvolvidos. Entretanto, nunca se chegou a realizar atividades de maior conteúdo tecnológico no

Brasil que envolvessem a realização de atividades de P&D de maior envergadura. Mesmo a produção industrial de fármacos não chegou a se consolidar e a ganhar competitividade nacional e internacional.

Já nas décadas de 1970 e 1980, apesar de ter havido aumento da produção de princípios ativos no Brasil, decorrente da legislação favorável de patentes, da presença de mecanismos de reserva de mercado, da existência de fontes de tecnologia via engenharia reversa e de um mercado público centralizado com elevado poder de compra, a situação de dependência estrutural pouco se alterou. E a abertura econômica e a liberalização de preços, nos anos 1990, aliadas a um tecido industrial nacional pouco competitivo, aprofundaram ainda mais essa dependência estrutural.

Assim, tomando a balança comercial como o indicador mais poderoso da dependência tecnológica e produtiva, constata-se a elevada dependência do Brasil relativamente a importações de fármacos e medicamentos, cuja soma alcança mais de US$ 6 bilhões em valores atualizados pela inflação americana (AliceWeb, 2011).

Apesar desse quadro desfavorável para o Brasil, empresas de menor porte e de base nacional encontram, hoje, espaços ou nichos de atuação, dentre os quais se destacam a produção de medicamentos não patenteados com marca comercial (produtos similares); a formulação de medicamentos com designação genérica e garantia estatal do efeito terapêutico por parte do organismo de regulação sanitária (produtos genéricos); e a produção de fármacos não patenteados por empresas formuladoras independentes, além da especialização em segmentos tecnológicos delimitados (a exemplo dos fitoterápicos e prestação de serviços técnicos).

A consolidação dos genéricos no país garantiu um crescimento expressivo das empresas nacionais no decorrer da última década, chegando a obter 45% do faturamento da indústria farmacêutica nacional (Aguilar, 2009). Assim, essas empresas hoje são capazes de traçar estratégias de reforço de suas vantagens competitivas por meio da adoção de gestões profissionais, de aquisições e fusões e da intensificação de seus esforços inovativos, seja com crescentes gastos em P&D, seja no estabelecimento de parcerias.

Embora o dinamismo relativo e a competitividade internacional da indústria nacional se situem muito aquém do verificado em nível mundial, esse novo cenário abre a possibilidade de uma mudança estrutural e de fortalecimento da indústria nacional, podendo configurar-se como uma base para estratégias de inovação mais robustas.

Vale observar que o governo tem tido uma atuação abrangente e crescente na área da saúde. Tal atuação constitui um campo privilegiado para o estabelecimento de estratégias de desenvolvimento industrial, com o uso do poder de compra do Estado, a instituição de parcerias público-privadas, a possibilidade de negociações tecnológicas e mesmo da utilização de mecanismos legais – como as licenças compulsórias para atender ao interesse público e os financiamentos do BNDES. Destaca-se ainda a atuação direta da rede de laboratórios farmacêuticos públicos, nas esferas federal e estadual, vinculados ao Ministério da Saúde, às Forças Armadas, às universidades públicas e às secretarias estaduais de Saúde, entre diversas outras iniciativas.

Vacinas

A indústria de vacinas vem sendo fortemente impactada pela moderna biotecnologia, que possibilita o desenvolvimento de vacinas com maior eficiência, eficácia e menores riscos. A emergência desse novo paradigma tem mudado a configuração desse mercado, devido ao ressurgimento do interesse pelo setor de vacinas por parte de empresas farmacêuticas líderes, cujo dinamismo em inovações associa-se à sua entrada no segmento de vacinas.

Em decorrência dessa intensificação nas inovações em vacinas, uma atividade que durante um longo período havia se concentrado em instituições públicas, acadêmicas ou privadas com caráter social passa a ser objeto de investimentos privados de grande magnitude. Assim, no início deste século, quatro dos maiores grupos farmacêuticos mundiais (Glaxo SmithKline, Merck, Aventis e American Home Products) detinham praticamente 80% do mercado, estimado em US$ 6,9 bilhões (Temporão, 2002). Esse processo leva Temporão (2002) e Gadelha (2002), dentre outros, a afirmarem que o segmento de vacinas está se configurando como um segmento da indústria farmacêutica, considerando que as empresas participantes exercem sua liderança em grupos específicos de produtos (classes terapêuticas ou segmentos que possuem uma base tecnológica próxima). Assim, surge o desafio para as empresas de menor porte e para os países menos desenvolvidos referente ao risco de as assimetrias típicas da indústria farmacêutica se reproduzirem no segmento de vacinas, como parece ser a tendência mundial.

No Brasil, a trajetória de desenvolvimento da indústria de vacinas é marcada pelo claro predomínio da participação de laboratórios públicos, com destaque para Bio-Manguinhos/Fiocruz e para o Butantan, voltados para o atendimento do mercado público brasileiro. A entrada mais significativa do país na fabricação de produtos da moderna biotecnologia em saúde tornou-se possível ao se associar um programa de investimento para o aumento da capacidade de oferta interna e para melhoria da qualidade, com a consolidação da demanda nacional, com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), lançado em 1984. Sua importância foi tal que se atribui ao programa o mérito tanto da eliminação da febre amarela, da varíola e do sarampo quanto da introdução de vacinas como a *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), o rotavírus e a tríplice viral.

O PNI tornou-se um marco internacional, ao estruturar no país a maior capacidade de produção de vacinas da América Latina e uma das maiores dos países menos desenvolvidos (Gadelha & Temporão, 1999), sobretudo considerando as precárias e heterogêneas condições socioeconômicas das regiões brasileiras, a dimensão continental do país e o tamanho de sua população.

Do ponto de vista industrial, o PNI configura uma importante demanda pública por vacinas, o que vem estimulando o aumento da produção nacional que atende, atualmente, o mercado público em praticamente sua totalidade, configurando-se como o segmento mais desenvolvido do complexo industrial da saúde. Em 2007, as compras governamentais de vacinas para uso humano se situavam em cerca de R$ 750 milhões, sendo que o Estado era responsável por mais de 95% do número de doses produzidas, havendo uma evolução muito expressiva do mercado.

Entretanto, apesar dos avanços na capacidade de produção nacional de vacinas e soros e da existência de uma estratégia progressiva de autossuficiência, verifica-se ainda

uma elevada dependência externa, sobretudo no tocante ao desenvolvimento endógeno de novos produtos e processos.

As importações de vacinas (produtos acabados e concentrado viral) cresceram de um patamar de US$ 100 milhões, no final dos anos 1990, para US$ 290 milhões, em 2009, chegando a mais de US$ 1 bilhão em 2010, indicando que há ainda um longo caminho a ser percorrido para atingir a inovação e a competitividade nacional na área (AliceWeb, 2011). A esse respeito, saliente-se o fato de o Programa Nacional de Autossuficiência em Imunobiológicos (Pasni) ter sido desativado no final da década de 1990, deixando os produtores sem qualquer mecanismo sistemático de coordenação das ações e de promoção dos investimentos. No estágio atual, o principal desafio que se apresenta refere-se ao vínculo da capacidade produtiva com a capacidade para inovar, adensando as atividades endógenas de P&D no ambiente produtivo.

Tal estratégia já está na agenda dos principais laboratórios públicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz e Butantan), como se nota em algumas parcerias, tais como: Fiocruz e GSK para a produção da vacina contra o pneumococo; Sanofi e Butatan contra a *influenza* A; e Novartis e Funed contra a meningite C. Mais recentemente, destaca-se uma parceria entre a Fiocruz e a GlaxoSmithKline (GSK), para desenvolver uma vacina contra a dengue, atraindo para o país um centro de desenvolvimento de pesquisa em vacinas, no contexto da prioridade política à inovação em saúde. É necessário ainda, entretanto, dar um salto qualitativo para a preservação do dinamismo a médio e longo prazos.

Por fim, ao se considerar que as vacinas se enquadram no setor de imunobiológicos, pode-se incluir nessa perspectiva, apesar de suas especificidades, o segmento de soros cuja produção foi a única do Pasni que efetivamente chegou à situação desejada de constituição de uma capacidade interna para o total atendimento da demanda nacional. Ademais, ainda que nem toda a área de toxinas se insira no segmento de vacinas, pois às vezes constitui-se como um insumo da indústria farmacêutica, vale enfatizar que se observa um elevado aumento de importações, configurando uma situação preocupante. Esse grupo de produtos passou, progressivamente, a apresentar um aumento em seis vezes do déficit comercial ao longo dos últimos anos em termos reais, passando de um saldo comercial de US$ 15 milhões, em 1997, para uma cifra de US$ 87 milhões em 2010 (AliceWeb, 2011).

Hemoderivados

Embora o segmento de hemoderivados, em temos internacionais, se aproxime muito das diferentes classes terapêuticas ou segmentos de mercado da indústria farmacêutica, no Brasil ele apresenta uma especificidade marcante. Fato decorrente de o setor inserir-se em um contexto político e institucional muito peculiar, fruto, em grande medida, do dispositivo constitucional (parágrafo 4º do artigo 199 da Constituição) que proíbe a comercialização do sangue e de seus derivados, colocando, na prática, a responsabilidade da produção e da oferta sobre o setor público.

Atualmente, a formulação da política para o setor é do Ministério da Saúde, enquanto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem a seu cargo a regulação, o controle e a fiscalização do sangue e dos hemoderivados. A meta do ministério é a promoção do processamento de plasma no país, buscando a autossuficiência nacional. Essa meta, entretanto, ainda não teve resultados concretos.

Assim, a inexistência de uma base produtiva nacional de plasma e derivados, em um contexto de proibição constitucional de comercialização de sangue, fez com que o país aumentasse em dez vezes seu gasto com a importação de hemoderivados, saltando de menos de US$ 100 milhões, em 1997, para mais de US$ 1 bilhão em 2010 (AliceWeb, 2011), tornando-se ainda mais dependente das empresas líderes mundiais e fragilizando toda a sua política de acesso. Este dado torna evidente como a política tecnológica e industrial, no contexto da globalização e da terceira revolução tecnológica, deve se constituir em dimensão essencial da política nacional de saúde.

No presente, a superação dessa situação está em grande parte concentrada na Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), vinculada ao Ministério da Saúde, que deverá iniciar sua produção em 2014. Esta empresa tem por objetivo justamente a redução da dependência de importação e a busca da autossuficiência na produção brasileira de hemoderivados, bem como a dotação para o país do domínio de tecnologia de fracionamento do plasma.

A questão estratégica que fica em aberto é se a criação de capacidade local de inovação está sendo considerada, uma vez que toda a experiência brasileira na área se caracterizou pela criação de plantas produtivas industriais que nunca chegaram a ter capacidade competitiva por falta de conhecimento e de uma base endógena de inovação.

Reagentes para diagnóstico

O segmento de reagentes para diagnóstico constitui uma indústria intensiva em tecnologia com particular potencial de desenvolvimento de produtos provenientes de empresas de base biotecnológica. É uma indústria que comporta empresas de pequeno e médio portes, articuladas com instituições científicas, considerando que as barreiras à entrada são inferiores às dos produtos farmacêuticos, sobretudo em razão de seu uso se dar *in vitro*, não requerendo o volume de gastos associados aos testes clínicos para aprovação de produtos.

Essa característica fez com que o segmento se tornasse o mais aberto à entrada das empresas de novas biotecnologias, intensivas em tecnologia e de pequeno porte. Entretanto, no Brasil, os esforços de entrada de pequenas empresas articuladas com instituições científicas, inclusive nos polos de biotecnologia, não tiveram maior impacto na estrutura do setor.

Em linhas gerais, as mesmas empresas líderes do mercado mundial – que detêm uma participação de 90% do faturamento global – exercem liderança no país, gerando uma dependência significativa na importação dos produtos que incorporam as novas tecnologias, a exemplo dos reagentes gerados com o recurso das novas biotecnologias para detectar doenças transmissíveis. As empresas locais, com algumas exceções, se especializam somente nas etapas finais do processo de elaboração dos *kits* para diagnóstico, tendo muitas vezes se restringido às atividades de montagem, embalagem e distribuição.

Por fim, cabe destacar a forte relação que existe entre a política de controle da qualidade do sangue e o dinamismo das empresas do setor de reagentes biológicos para diagnóstico. Todas as transfusões sanguíneas realizadas no Brasil devem ter a garantia estatal da qualidade, sendo obrigatória a realização de testes para diversas doenças: sífilis, Chagas, hepatite B e C, Aids, HTLV (vírus T-linfotrópico humano), malária, entre outras. Todos os produtos para esses testes são fabricados mediante procedimentos de base biotecnológica, o que constitui um nicho que pode ser explorado pelas empresas ou instituições nacionais

de tecnologia no setor, sobretudo porque há um mercado público expressivo. Porém, a ausência de políticas públicas articuladas tem levado o setor a uma crescente dependência de importações, que passaram de US$ 173 milhões, em 1997, para um patamar de mais de US$ 300 milhões em 2010 (AliceWeb, 2011). Este dado aponta, de um lado, para a dependência existente; de outro, pelas características apresentadas, indica que esse segmento pode se constituir em uma importante fonte de competitividade para o país e para os estados na área de biotecnologia aplicada à saúde humana, permitindo articular a política de saúde com a política de inovação (Gadelha, 2007b).

Subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais: indústria de equipamentos e materiais médicos

Este segmento do complexo industrial da saúde guarda relação intrínseca com as práticas médicas, determinando, muitas vezes, a tecnologia incorporada nos procedimentos adotados no que se refere a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

A despeito de essa atividade ser tratada como uma indústria ou setor, ela abarca grande heterogeneidade tecnológica, incorporando segmentos bastante diversificados, desde bens de capital de alta complexidade (como diagnóstico por imagem) até materiais de uso rotineiro, passando por instrumentos, material cirúrgico e ambulatorial, seringas, entre outros exemplos.

A natureza dos conhecimentos que essa indústria incorpora assenta-se fortemente nas ciências físicas de base mecânica e eletrônica e nas tecnologias oriundas de outras indústrias tradicionalmente inovadoras, a exemplo da microeletrônica, mecânica de precisão, química e novos materiais.

A indústria de equipamentos também pode ser caracterizada como um oligopólio baseado na diferenciação de produtos e no fornecimento de bens em grande parte altamente especializados, sendo, no entanto, em razão de sua heterogeneidade tecnológica, mais competitiva que a indústria farmacêutica em diversos de seus segmentos de mercado que comportam empresas inovadoras de menor porte.

Do ponto de vista da política de desenvolvimento industrial e de inovação, mostram-se factíveis a entrada de países menos desenvolvidos em certos nichos de mercado e a concepção de estratégias empresariais e nacionais de desenvolvimento focadas nesses segmentos, sejam máquinas, sejam instrumentos ou bens de consumo de menor complexidade. No entanto, nos segmentos de maior complexidade tecnológica ou com elevadas economias de escala, um conjunto limitado de empresas e de países exerce uma clara liderança internacional.

Refletindo essas características, a situação internacional desse segmento, assim como a da área farmacêutica, revela uma elevada concentração empresarial e regional do mercado de produtos de maior densidade tecnológica. O mercado mundial total era estimado em torno de US$ 234 bilhões em 2009, fortemente concentrado nos países da tríade – Estados Unidos, Japão e Europa (The World Medical Markets Fact Book, 2010).

Os Estados Unidos representam, de modo inconteste, o maior mercado mundial, com praticamente 40% do total, e dezesseis das vinte maiores empresas da indústria (empresas essas que se estabelecem como as que mais investem em P&D), sendo também os maiores exportadores e importadores mundiais. Os demais países concorrentes, especialmente os

europeus e o Japão, por não possuírem a mesma capacidade tecnológica e industrial, desenvolvem estratégias de especialização e de segmentação. A Alemanha, por exemplo, procurou se especializar no segmento de diagnóstico por imagem e no de implantes, e o Japão, por sua vez, se destaca principalmente em aparelhos de ultrassonografia, de eletrodiagnóstico e instrumentos oftálmicos (Selan, Porto & Kannebley Júnior, 2007).

Em diversos países, como na França e nos países nórdicos, é possível observar uma articulação virtuosa entre a política de saúde e a política industrial e tecnológica voltada ao subsistema de equipamentos e materiais de saúde, aliando sistemas universais e competitividade empresarial. Nesses e em outros casos, o Estado exerce um papel central nessa articulação, que reflete a possibilidade de convergência entre a lógica econômica e a sanitária, havendo elevado rigor na regulação da incorporação de novas tecnologias. Ao mesmo tempo, o Estado estimula claramente as empresas a melhorarem permanentemente seus produtos e processos, fazendo com que eles superem as barreiras locais e estejam bem posicionados na competição no mercado internacional.

Os países e as empresas menos capacitados e que não conseguem estabelecer esse vínculo entre as políticas de saúde e de desenvolvimento tecnológico-industrial ficam limitados em suas estratégias competitivas e no seu potencial de atendimento às demandas locais. Assim, a incorporação de novos equipamentos no processo de atenção à saúde, muitas vezes sem a adequada avaliação, leva ao aumento de gastos. Por isso tal processo necessita ser regulado pelo governo para promover sua racionalidade, de maneira que se torne adequado às necessidades de saúde da população e não a interesses meramente comerciais.

No Brasil, a indústria de equipamentos e materiais se estruturou no período 1950-1980, tendo progressivamente passado a ofertar instrumentos médicos, materiais de consumo e equipamentos eletrônicos de maior densidade tecnológica. Segundo informações da Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (Abimo), a indústria se expandiu significativamente a partir da segunda metade da década de 1990, atingindo em 2009 um faturamento de US$ 4,28 bilhões, com exportações de US$ 541 milhões, sendo responsável pela geração de cerca de 105 mil empregos diretos e indiretos (Abimo, 2010).

De acordo com a Abimo (2010), o poder público representava 21,5% das compras da indústria em 2009; todavia, como ressaltam Pieroni, Reis e Souza (2010), parte significativa das compras de entidades privadas é reembolsada pelo sistema público de saúde, o que, na prática, aponta para uma demanda próxima de 50% dos produtos vendidos pela indústria.

Assim, considerando o peso da demanda pública nesse mercado, é possível estabelecer uma relação entre a expansão da indústria e a própria estruturação do SUS, no sentido da ampliação da oferta de serviços e de sua universalização e integralidade. Nessa mesma direção, os programas de investimento do governo federal na rede assistencial têm respondido por parte expressiva do dinamismo empresarial, a exemplo do programa ReforSUS (já finalizado) e dos financiamentos do BNDES para a rede filantrópica, que viabilizaram a incorporação de equipamentos no sistema.

Seguindo as características estruturais apresentadas, o setor comporta um conjunto expressivo de empresas de porte diverso, sendo que as empresas nacionais, ao contrário do que ocorre no setor farmacêutico, representam cerca de 90% do mercado, predomi-

nando agentes de pequeno e médio portes especializados nos segmentos de baixa e média densidades tecnológicas (Iemi, 2010). Além disso, observa-se a existência de formatos gerenciais inadequados para a competitividade (estrutura familiar e baixo grau de profissionalização da gestão), o que pode explicar um afastamento da indústria da fronteira tecnológica no período recente em termos dos grupos de produtos, a despeito do processo de expansão observado.

Em que pese o crescimento das vendas, as informações disponíveis mostram uma perda de competitividade da indústria nacional nos segmentos mais dinâmicos – o que pode ser observado pelo fato de a produção realizada por empresas situadas no território nacional ainda depender fortemente da importação de insumos de maior conteúdo tecnológico, chegando a atingir 50% das matérias-primas consumidas em alguns segmentos.

Ademais, ao se considerar a balança comercial como principal indicador da vulnerabilidade industrial, torna-se evidente a perda de competitividade dessa indústria, notadamente no grupo mais afetado pelos novos paradigmas tecnológicos: os aparelhos e equipamentos eletromédicos, odontológicos e laboratoriais, cujo processo produtivo vem sendo fortemente impactado pela microeletrônica.

O déficit comercial saltou de um patamar de US$ 200 milhões, no final da década de 1980, para um valor em torno de US$ 800 milhões em meados de 1990 (Gadelha, 2007b). No período recente, sobretudo a partir de 2005, esse déficit vem apresentando um crescimento incessante situando-se em US$ 2 bilhões em 2010 (Alice Web, 2011).

Observou-se que, no âmbito do complexo industrial da saúde, esse foi um dos poucos segmentos que apresentaram respostas favoráveis na presente década, com crescimento do faturamento, do número de empresas, da geração de empregos e da ampliação das exportações. Entretanto, a situação de dependência estrutural se manteve nos produtos de maior densidade tecnológica, limitando a superação da vulnerabilidade nacional. Ou seja, há uma indústria importante de fabricação instalada no Brasil e que deu boas respostas à demanda local, mas no contexto da revolução microeletrônica e das condições cambiais, sua capacidade competitiva no futuro continua ameaçada.

Deve-se ainda levar em consideração que, embora a indústria brasileira desse subsistema ocupe a 17ª posição em termos do *ranking* mundial, esta é uma posição privilegiada quando se considera que o Brasil é praticamente o único país na América Latina dotado de uma indústria relativamente completa de fabricação de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos (Viana, Nunes & Silva, 2011).

Ademais, o atual dinamismo econômico do país em razão de suas taxas de crescimento, associado à ampliação de seu sistema nacional de saúde, à extensão da cobertura das redes de assistência e à expansão dos gastos públicos em saúde, entre outros aspectos, aponta para perspectivas francamente positivas para essa indústria.

Subsistema de serviços de saúde

Ainda que a principal finalidade de qualquer sistema de saúde seja a prestação de serviços, este não é o único objetivo envolvido nesse subsistema, uma vez que seu dinamismo econômico e seu potencial de inovação situam os serviços de saúde em uma agenda de intenso protagonismo na arena política nacional e internacional.

É válido ressaltar que, a despeito de sua importância econômica, ao segmento dos serviços de saúde não se aplica integralmente o conceito de mercado, uma vez que não pode se aplicar a um bem essencial, como a saúde, o conceito de utilidade.

Por conseguinte, a intermediação dos serviços de saúde encontra-se dentro, mas também fora, da lógica de mercado (Viana, Silva & Elias, 2007). Note-se que vários são os interesses em jogo, quando se pensa em estruturar um sistema de saúde, em especial aqueles referentes ao acesso, relevância econômica e características do mercado industrial, pressão de custos, incorporação tecnológica, composição do financiamento e alterações do perfil epidemiológico e demográfico (Lassey *et al.*,1997, *apud* Ibañez, 2011).

Assim, além das questões mais obviamente relacionadas à dinâmica desse subsistema (acesso e perfil sanitário), todo o arcabouço político institucional, as indústrias do complexo da saúde, suas novas tecnologias e a geração de conhecimento influenciam sobremaneira a dinâmica do segmento de serviços.

Levando-se em conta esses elementos, observa-se que os serviços de saúde têm se organizado crescentemente como uma indústria, em bases empresariais de grande escala, tendo na capacidade de inovação o principal fator de dinamismo, competitividade e autonomia. Segundo essa percepção, existem diversas áreas prioritárias para a política de saúde que apresentam alto potencial de inovação e geração de empregos e renda qualificados no país.

Desse modo, o Ministério da Saúde, sobretudo a partir da criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), em 2003, e também como resultado da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, começa a interagir com os segmentos industriais do Ceis e a valorizar a potencialidade da saúde também como frente de inovação.

Podem ser citadas algumas iniciativas da SCTIE voltadas para áreas estratégicas dos serviços visando à geração de conhecimento e inovação em articulação com os demais segmentos do Ceis. Entre elas, destacam-se: a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (Remato), a Implantação de Unidades de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino e uma Rede para Estudo Multicêntrico Longitudinal em Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus (Elsa).

Reafirma-se, assim, a ideia de que os serviços podem representar uma forte alavanca para o desenvolvimento industrial e para a estratégia nacional de inovação, uma vez que a cada serviço prestado corresponde um bem, muitas vezes de alta tecnologia, passível de produção e de desenvolvimento no país. Essa dimensão se mostra ainda mais estratégica ao se levar em conta que, internacionalmente, o poder de compra do Estado constitui um dos principais e mais bem-sucedidos meios para estimular a inovação nos sistemas nacionais de saúde.

No Brasil, o potencial de articulação entre o sistema de saúde e o sistema de inovação em saúde é enfatizado quando se leva em conta que o orçamento do SUS foi, em 2010, de aproximadamente R$ 56 bilhões (Brasil, 2011c). Além disso, a potencialidade do uso do poder de compra por parte do Estado é enfatizada no país, uma vez que o Sistema Nacional de Saúde é universal. Nota-se, entretanto, uma marcante incoerência no financiamento público da saúde, cuja participação não chega a 50% do total dos gastos, aproximando-se à composição dos gastos do modelo liberal de saúde norte-americano. Assim, o pacto político-social constitucional, que define um sistema universal, coabita com a estrutura de dispêndio de um

sistema de saúde mercantil, cujo peso do gasto privado é incompatível com a universalização do acesso. Como consequência, constitui-se um sistema de saúde bastante afeto aos interesses privados, que acaba por reforçar as já existentes desigualdades (de renda e regionais).

Partindo-se dessa premissa da universalização dos serviços, e considerando a crescente pressão pelo controle de gastos em saúde, evidencia-se a necessária busca de tecnologias assistenciais mais eficientes, com relações custo-benefício adequadas.

Vale enfatizar que o impacto da tecnologia em um sistema universal de saúde é um tema relevante, uma vez que a área de serviços é profundamente influenciada pela inovação e produção, como se observa pela crescente interdependência entre nanotecnologia, biotecnologia e tecnologia da informação e comunicação (TIC) e os formatos de prestação e organização dos sistemas de saúde.

Atualmente, a efetividade dos sistemas de saúde passa pela sua necessária reestruturação, de modo que atenda à necessidade de redução de custo e às alterações do perfil de morbimortalidade da população, cada vez mais marcada por doenças crônicas, mentais e aquelas decorrentes do estilo de vida. Em decorrência, tem se buscado a integração dos serviços prestados no âmbito dos sistemas de saúde, assim como o deslocamento da porta de entrada para a atenção primária.

O sistema integrado de saúde conforma-se mediante a incorporação de novas tecnologias, readequação interna do espaço físico e novas formas de prestação de cuidados, além da busca de novos formatos e ferramentas gerenciais. Avanços científicos e tecnológicos, anteriormente observados somente no interior dos hospitais, passaram a ser gradativamente deslocados para outros ambientes, levando a inovações como hospital-dia, cirurgia ambulatorial, atendimento domiciliar, centros de enfermagem (Shortell, Gillies & Devers, 1995), entre outros serviços (Gadelha *et al.*, 2010).

Uma das consequências desse novo formato de atenção é a possibilidade de expandir o acesso qualificado para regiões privadas da infraestrutura de média e alta complexidades. Entretanto, enquanto não se articularem os interesses públicos e privados no bojo da agenda de saúde e se compatibilizar o volume de financiamento com o de um sistema universal, não há garantias de que o sistema e as tecnologias articuladas por ele se orientem pela ampliação do acesso e pela atenção das necessidades sociais coletivas.

> **Para refletir**
> Caracterize o complexo industrial da saúde do ponto de vista conceitual e descritivo, identificando as relações sistêmicas entre os subsistemas de base química e de biotecnologia, de base mecânica e de materiais e de serviços.

Desafios para o fortalecimento do Ceis e da agenda de inovação em saúde

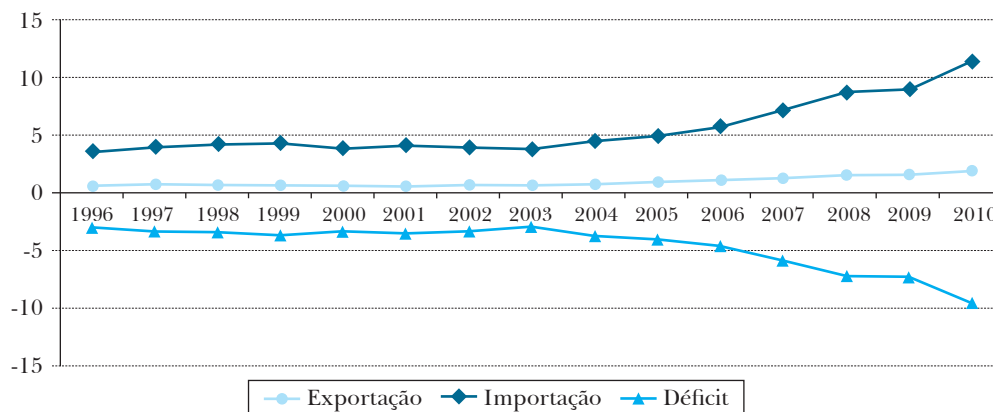
Uma análise sistêmica mostra que um dos desafios hoje enfrentados para a estruturação e a gestão do Sistema Nacional de Saúde refere-se justamente a encontrar um meio de se articularem virtuosamente todos os componentes que impactam a estruturação dos serviços de saúde e os interesses a eles atrelados.

No que tange mais especificamente aos serviços de saúde, um desafio que merece destaque diz respeito ao subfinanciamento da saúde e à baixa participação do setor público nesse financiamento, tornando o sistema de saúde nacional bastante afeto aos interesses privados, dada a relevância do sistema suplementar privado no sistema como um todo.

Até o presente momento, não foi criada, no Brasil, uma base de financiamento compatível com o compromisso de conformação de um sistema universal no Brasil, e o acesso permanece com limites expressivos em termos quantitativos, qualitativos e regionais. O próprio fato de o debate sobre os recursos do SUS ter sido tratado predominantemente no âmbito setorial da saúde reflete o fato de que o financiamento de um sistema universal não adquiriu a centralidade no âmbito do Estado nacional.

No que se refere aos segmentos industriais da saúde, vale enfatizar que, a despeito dos desdobramentos concretos do reconhecimento do caráter estratégico da saúde no âmbito dos setores produtivos, a falta de uma base endógena de inovação ainda pontua sério risco de reversão no processo de fortalecimento da base produtiva de saúde. Consequentemente, o sistema permanece crescentemente dependente de importações, conforme se depreende no Gráfico 1, levando ao aumento do custo para a provisão da saúde e provocando aumento substantivo no déficit comercial brasileiro, que chegou a aproximadamente US$ 10 bilhões em 2010 (Fiocruz *et al.*, 2012).

Gráfico 1 – Evolução da balança comercial da saúde: panorama geral*

15
10
5
0
-5
-10
-15
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010
Exportação Importação Déficit

* Valores em US$ bilhões, atualizados pelo Índices de Preços ao Consumidor dos EUA.
Fonte: Elaboração própria com base em dados de AliceWeb (2011).

Além disso, no que refere especificamente às inovações em saúde, resta o importante desafio de intensificar a convergência entra as inovações no âmbito do Ceis e as necessidades de saúde coletiva. Ou seja, o desafio é fazer com que os interesses econômicos finalmente articulem-se aos sociais, e sejam por estes orientados.

Até o presente, as assimetrias na força dos interesses sanitários e econômicos envolvidos têm sido responsáveis, no Brasil, pelo estabelecimento de uma relação hierárquica entre eles, favorável aos últimos. Como consequência, o sistema de saúde vem incorporando tecnologias que não são, em sua maioria, as mais adequadas ao seu modelo institucional e ao perfil epidemiológico da população.

Assim, vale notar a urgência da adequação de uma ainda jovem política de incorporação tecnológica no Brasil, sem a qual medicamentos e equipamentos médicos sem efetividade comprovada e, muitas vezes, incompatíveis com a carga de doença e que não refletem a especificidade epidemiológica, geográfica ou socioeconômica brasileira (Vidotti, Castro & Calil, 2008) seguirão sendo incorporados e subutilizados pelo SUS. Ademais, sem uma mudança nesse aspecto, o Sistema Nacional de Saúde continuará sofrendo os efeitos de uma crescente judicialização da saúde.

Adicionalmente, em razão de características da geração de inovação no âmbito das políticas de C&T e de saúde, observam-se dificuldades específicas para a articulação entre a agenda de inovação e os interesses sociais (Lehoux, 2008, *apud* Viana, Nunes & Silva, 2011). Esta questão indica que a redefinição e o impulso ao desenvolvimento do sistema produtivo da saúde dependem, por sua natureza, de uma política transversal, multidisciplinar, que envolva todas as esferas de governo.

Essa política transversal aproximar-se-ia da natureza das políticas de **desenvolvimento do sistema produtivo**, só que orientadas pela saúde, devido à especificidade do tema. Vale destacar, nesse sentido, que na atualidade o Ministério da Saúde coordena a ação transversal para o fortalecimento do complexo da saúde no âmbito da PDP; além disso, foi criado o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), por decreto presidencial, envolvendo 14 ministérios e instituições estratégicas para o CIS, justamente com o intuito de atuar por meio de uma política multissetorial e transversal, orientada pelas necessidades sociais.

Entretanto, os interesses envolvidos nos diversos setores do complexo da saúde ainda não estão articulados de modo a garantir a virtuosidade dessa agenda que relaciona saúde e desenvolvimento. E a análise da dinâmica dos interesses mercantis e capitalistas nos espaços sociais e, mais importante, a reflexão de como suas contradições podem ser reguladas fazem parte do processo de compreensão de que desafios ainda precisam ser superados pela saúde no Brasil. Nessa análise, vale enfatizar, particularmente, a centralidade do protagonismo do Estado para orientar e regulamentar os interesses em jogo.

Desse modo, outro grande desafio dessa agenda refere-se à necessidade de se avançar na efetividade da atuação do Estado no que tange, principalmente, à qualificação de seu aparato regulatório, à acentuação do uso de seu poder de compra, à adequação de seu modelo de gestão e ao fortalecimento da institucionalização do Ceis. Sem esses avanços, a relação entre os interesses públicos e privados tende a manter-se desequilibrada, com custos insustentáveis para a saúde pública e para o sistema de bem-estar social.

Enfatiza-se, dessa forma, que os grandes desafios do SUS encontram-se na esfera política, e até que se decida que modelo de bem-estar realmente se deseja no Brasil, a probabilidade de uma ineficiência sistêmica, acompanhada de uma fragmentação das ações em saúde, parece incontornável.

Nesse sentido, Albuquerque (2007), revisitando as teorias de Celso Furtado, aponta para a necessidade de promoção do desenvolvimento tecnológico articulando os sistemas de inovação e bem-estar social. O autor entende que, dessa forma, superar-se-á a histórica polaridade modernização-marginalização, observada desde o primeiro ciclo desenvolvimentista brasileiro, no qual o processo de modernização tecnológica se deu simultaneamente ao de marginalização social.

A recomendação é de que o desenvolvimento tecnológico seja orientado de modo que tenha um caráter mais equitativo, visando a modificar a dinâmica vigente de geração de progresso técnico não vinculado às necessidades sociais. A grande questão, nesse contexto, é saber como induzir a taxa de progresso técnico e como definir a sua direção, ou seja, como fazer com que o progresso técnico siga rumos socialmente desejáveis e sustentáveis.

Em síntese, essas são algumas questões centrais para se analisarem etapas futuras necessárias para a articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento.

Necessidade de uma perspectiva virtuosa entre saúde e desenvolvimento

Este capítulo baseia-se em uma conceituação de saúde ainda pouco tradicional no âmbito do campo das ciências sociais, uma vez que considera não somente sua função social como também a econômica. Assim, partindo do arcabouço teórico conceitual da economia política, entende-se a saúde de forma mais abrangente, considerando que ela articula processos de produção de bens e serviços no âmbito de um conjunto de setores e instituições que interagem de forma sistêmica. E que, além disso, envolve espaços de mercado e do Estado regidos por um mesmo arcabouço político institucional.

A relevância dessa abordagem é enfatizada ao se observar que desde a institucionalização do SUS o tratamento não sistêmico dos interesses públicos e privados da saúde tem levado à desconsideração de variáveis relevantes na elaboração das políticas de saúde. Nessa perspectiva, a inovação ganha um campo de estudo privilegiado na área da saúde, uma vez que esta mobiliza uma relevante infraestrutura em C&T, uma base industrial e de serviços relativamente consolidada que envolve setores portadores de futuro e um arcabouço político-institucional favorável.

Para os propósitos deste capítulo, justifica-se a análise da saúde com base em seu complexo produtivo, uma vez que se parte da premissa de que a saúde articula um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente em um padrão de desenvolvimento voltado para o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares.

O reconhecimento da centralidade da saúde na agenda de desenvolvimento tem levado à crescente institucionalização do caráter estratégico do complexo da saúde. Esta se ilustra no estabelecimento do CIS como uma das diretrizes estratégicas no âmbito do Mais Saúde, do PAC da Inovação, do Brasil Maior, assim como na disponibilidade de linhas de financiamento específico para as indústrias do Ceis, com atuação destacada por parte da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep/MCTI) e do BNDES.

Essas iniciativas refletem um possível passo na direção da articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento e podem estimular um maior grau de integração entre as políticas industriais e as de serviços de saúde, em caráter inédito no Brasil. Representam também a incorporação, nas políticas de governo, da percepção de que a fragilidade da base produtiva e inovativa nacional em saúde – em uma área de alta intensidade e dinamismo científico e tecnológico – implica riscos tanto para a orientação de uma atenção universal e integral à saúde, garantida constitucionalmente, como para o projeto de desenvolvimento e inserção competitiva nacional em ambiente globalizado. Pode-se afirmar, inclusive, que, embora de modo incipiente, essa nova perspectiva reflete o reconhecimento da associação

das dimensões social e econômica no âmbito das políticas públicas voltadas para o desenvolvimento nacional.

Como reflexos desse protagonismo atribuído à saúde, iniciativas diversas se concretizaram no sentido de fomentar a produção e inovação no âmbito do Ceis, assim como orientá-las segundo as demandas sanitárias.

Entretanto, conforme reafirma o persistente déficit em conhecimento da saúde, tais iniciativas ainda são insuficientes para mudar o quadro de vulnerabilidade em que hoje se encontra o Sistema Nacional de Saúde, em especial ao se considerarem as tendências demográficas e epidemiológicas, pontuando pressão insustentável nos custos de saúde. Nota-se que a conjuntura atual, descrita neste capítulo, oportuniza a superação de uma falsa dicotomia referente à incompatibilidade entre políticas de saúde universais e integrais e aquelas direcionadas ao adensamento do Sistema Nacional de Inovação em Saúde (SNIS) e de sua base produtiva, o Ceis.

Diante desse quadro, a orientação é justamente superar a atual desarticulação entre a atenção à saúde e à dinâmica industrial e de inovação, que aponta para uma falsa e negativa dicotomia entre saúde e desenvolvimento econômico. Para tanto, cabe aos Estados nacionais mediar esses interesses, de natureza social e econômica, visando ao estabelecimento de uma agenda virtuosa – tanto na geração e incorporação de inovação quanto na reestruturação dos serviços em saúde – que seja condizente com os novos desafios impostos pela mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população.*

Para refletir

Escolha um dos segmentos do Ceis, preferencialmente relacionado à sua área de atuação, e analise sua estruturação no Brasil, indicando as dificuldades e as possibilidades para o seu desenvolvimento, articulando a dimensão econômica com a sanitária.

Leituras recomendadas

ALBUQUERQUE, E. M. & CASSIOLATO, J. E. *As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro*. Belo Horizonte: Federação de Sociedades de Biologia Experimental, 2000. (Estudos FeSBE, 1)

FIOCRUZ *et al*. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf>. Acesso em: ago. 2012. (Parte VI – Desenvolvimento produtivo e complexo da saúde)

GADELHA, C. A. G. & COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. *In*: MACHADO, C. V; BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. (Orgs.) *Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 2000: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, no prelo.

GADELHA, C. A. G. *et al*. O complexo econômico-industrial da saúde. *Informe CEIS*, *GIS/Enps/VPPIS/Fiocruz*, 1(1), ago. 2010. Disponível em: <www.fiocruz.br/vppis/imagens/ceis/Boletim%20Complexo%20Saude%20Vol%201%202010.pdf>. Acesso em: nov. 2011.

VIANA, A. L. D. & ELIAS, P. E. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(supl.): 1.765-1.776, 2007.

* Os autores agradecem a colaboração de Taís Borges, Paula Burd, Carlos Raffaeli e Diogo Carvalho dos Santos, pesquisadores do Grupo de Inovação em Saúde da Fiocruz, pelas suas contribuições na sistematização final deste capítulo.

VIANA, A. L. D.; NUNES, A. A & SILVA, H. P. Complexo produtivo da saúde, desenvolvimento e incorporação de tecnologias. *In*: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. & SEIXAS, P. H. d'A. (Orgs.) *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, Cealag, 2011.

Sites de interesse

Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (Abimo): www.abimo.org.br e www.abimo.org.br/modules/content/content.php?page=dados-economicos

Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES): www.bndes.gov.br

Política de Desenvolvimento Produtivo – inovar e investir para sustentar o crescimento: www.mdic.gov.br/pdp/arquivos/destswf1212175349.pdf

Plano Brasil Maior – atualiza e amplia os compromissos da Política do Desenvolvimento Produtivo: www.brasilmaior.mdic.gov.br/wp-content/uploads/cartilha_brasilmaior.pdf

IMS Health: www.imshealth.com

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI): www.mcti.gov.br

World Health Organization (WHO): www.who.int/research/en

Referências

AGUILAR, A. Inovação é o calcanhar de aquiles. *Valor Econômico*. Saúde. Valor Setorial. Supl. especial: 22-24, dez. 2009.

ALBUQUERQUE, E. M. Celso Furtado, a polaridade modernização-marginalização e uma agenda para a construção dos sistemas de inovação e de bem-estar social. *In*: SABOIA, J. & CARVALHO, F. J. C. (Orgs.) *Celso Furtado e o século XXI*. Barueri, Rio de Janeiro: Manole, Instituto de Economia da UFRJ, 2007.

ALBUQUERQUE, E. M. & CASSIOLATO, J. E. *As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro*. Belo Horizonte: Federação de Sociedades de Biologia Experimental, 2000. (Estudos FeSBE, 1)

ALICEWEB. Sistema Alice. *Site*. Disponível em: <http://aliceweb.desenvolvimento.gov.br>. Acesso em: jan. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE ARTIGOS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, HOSPITALARES E DE LABORATÓRIOS (ABIMO). *Site*. Disponível em: <www.abimo.org.br>. Acesso em: nov. 2010.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (BNDES). *Site*. <www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Areas_de_Atuacao/Inovacao/Profarma/index.html>. Acesso em: nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011 (PAC Saúde)*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/programa.php>. Acesso em: nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional. *Plano de Ação 2007-2010 (PAC da Inovação)*. Brasília: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, 2007b. Disponível em: <www.mct.gov.br/upd_blob/0021/21439.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

BRASIL. *Política de Desenvolvimento Produtivo: inovar e investir para sustentar o crescimento*. Disponível em: <www.abdi.com.br>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Mais Saúde: Direito de Todos – 2008-2011 (PAC Saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Política de Desenvolvimento Produtivo: inovar para competir – competir para crescer*. Disponível em: <www.brasilmaior.mdic.gov.br/wp-content/uploads/2011/08/plano_brasil_maior_textodereferencia.pdf>. Acesso em: jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. *Site*. Disponível em: <www.mcti.gov.br>. Acesso em: jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Site*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>. Acesso em: maio 2011c.

CAPANEMA, L. X. L. *A Indústria Farmacêutica Brasileira e a Atuação do BNDES*. Rio de Janeiro: BNDES Setorial, 2006. Disponível em: < www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set2306.pdf>. Acesso em: nov. 2011.

FIOCRUZ *et al*. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf>. Acesso em: ago. 2012.

FURTADO, C. *Dialética do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1964.

GADELHA, C. A. G. *Estudo da Competitividade de Cadeias Integradas no Brasil: impactos das zonas livres de comércio (cadeia: complexo da saúde)*. Campinas: IE/NEIT/Unicamp/MCT-Finep/MDIC, 2002. (Nota Técnica Final)

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 521-535, 2003.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. *Saúde em Debate*, 30: 71, 2007a.

GADELHA, C. A. G. Complexo econômico-industrial da saúde: produtos e insumos estratégicos para as políticas e programas de saúde. *In*: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: Conass, 2007b. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4)

GADELHA, C. A. G. & COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. *In*: MACHADO, C. V; BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. (Orgs.) *Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 2000: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, no prelo.

GADELHA, C. A. G. & MALDONADO, J. M. S. V. O papel da inovação na indústria farmacêutica: uma janela de oportunidade no âmbito do complexo industrial da saúde. *In*: BUSS, P. M.; CARVALHEIRO, J. R. & CASAS, C. P. R. (Orgs.) *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GADELHA, C. A. G. & TEMPORÃO, J. G. *A Indústria de Vacinas no Brasil: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: BNDES, 1999.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C. & FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1): 47-59, 2003.

GADELHA, C. A. G. *et al*. O complexo econômico-industrial da saúde. *Informe CEIS*, *GIS/Enps/VPPIS/Fiocruz*, 1(1), ago. 2010. Disponível em: <www.fiocruz.br/vppis/imagens/ceis/Boletim%20Complexo%20Saude%20Vol%201%202010.pdf>. Acesso em: nov. 2011.

GADELHA, C. A. G. *et al*. *A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, no prelo.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *Monitoring Financial Flow for Health Research: the changing landscape of health research for development*. Geneva: Andrés de Francisco and Stephen Matlin, 2008.

GUIMARÃES, R. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na Reforma Sanitária. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S. & EDLER, F. C. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

IBAÑEZ, N. Análise comparada de sistemas de saúde. *In*: IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M. & SEIXAS, P. H. D. (Orgs.) *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, Cealag, 2011.

IMSHEALTH. *The Global Use of Medicines: outlook through 2015*. Disponível em: < http://imshealth.com/deployedfiles/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Global_Use_of_Medicines_Report.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

INSTITUTO DE ESTUDOS E MARKETING INDUSTRIAL (IEMI). *Estudo Setorial da Indústria de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalar e Laboratorial no Brasil*. São Paulo: Iemi/Abimo, 2010.

KON, A. *Economia Industrial*. São Paulo: Nobel, 1994.

LEMOS, C. Inovação na era do conhecimento. *In*: LASTRES, H. M. M. & ALBAGLI, S. (Orgs.) *Informação e Globalização na Era do Conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. & BAPTISTA, T. W. F. Desenvolvimento, sistema de proteção social e saúde: correntes teóricas e perspectiva histórica (parte 2 do Eixo I). *In*: GADELHA, C. A. G. & MALDONADO, J. S. M. V. (Orgs.) *Desenvolvimento e Saúde: consolidação e disseminação do marco conceitual sobre o complexo econômico-industrial da saúde, numa perspectiva que articula a dinâmica de inovação com a conformação de Estados de Bem-Estar, a partir de uma abordagem de economia política*. Relatório final do Projeto Opas/Fiocruz/Fiotec, 2009. (Relatório em fase de edição para publicação).

PAREXEL'S PHARMACEUTICAL R&D. *Statistical Sourcebook 2007*. Waltham, MA.: Parexel International Corporation, 2007.

PHARMACEUTICAL RESEARCH AND MANUFACTURERS OF AMERICA (PhRMA). *12th Annual Pharm Exec 50*. Washington, D.C.: PhRMA, 2011.

PIERONI, J. P.; REIS, C. & SOUZA, J. O. B. A indústria de equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos: uma proposta de atuação do BNDES. *BNDES Setorial*, 31: 185-226, 2010.

PARCERIAS público privadas. *PPP: sintonizando com o futuro*. Disponível em: <www.ppp.portoalegre.rs.gov.br>. Acesso em: 17 nov. 2011.

SACHS, I. *Desenvolvimento Includente, Sustentável, Sustentado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SCHUMPETER, J. *A Teoria do Desenvolvimento Econômico*. São Paulo: Editora Abril, 1982.

SELAN, B.; PORTO, G. & KANNEBLEY JÚNIOR, S. *Parque Tecnológico de Ribeirão Preto. Relatório Setorial de Inovação Tecnológica: indústria de produtos e equipamentos médico-hospitalares e odontológicos brasileira*. Ribeirão Preto: Fipase, 2007.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R. & DEVERS, K. J. Reinventing the American hospital. *The Milbank Quarterly*, 73(2): 131-160, 1995.

TEMPORÃO, J. G. *O Complexo Industrial da Saúde: público e privado na produção e consumo de vacinas no Brasil*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

THE WORLD MEDICAL MARKETS FACT BOOK. Chichester, GB: Business Intelligence, 2010

VIANA, A. L. D & ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(supl.): 1.765-1.777, 2007.

VIANA, A. L. D. & MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(4): 645-684, 2008.

VIANA, A. L. D.; NUNES, A. A & SILVA, H. P. Complexo Produtivo da Saúde, desenvolvimento e incorporação de tecnologias. *In*: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. & SEIXAS, P. H. d'A. (Orgs.). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, Cealag, 2011.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. & ELIAS, P. E. M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*, 37: 7-20, 2007.

VIDOTTI, C. C. F.; CASTRO, L. L. C. & CALIL, S. S. New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs? *Revista Panamericana de Salud Publica*, 24(1): 36-45, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Site*. Dados disponíveis em: <www.who.int/research/en/>. Acesso em: jun. 2011.

8. Ciência, Tecnologia e Pesquisa em Saúde

Reinaldo Guimarães
Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza
Leonor Maria Pacheco Santos

Relação entre pesquisa em saúde e melhoria secular do estado de saúde dos humanos

Qual o lugar das intervenções médico-sanitárias específicas na determinação do estado de saúde das populações humanas? Qual o lugar do conhecimento científico e tecnológico na sustentação teórica e técnica dessas intervenções? Para que se possa avaliar a relação entre a pesquisa científica e tecnológica e a determinação do estado de saúde dos humanos, é necessário explorar essas duas perguntas.

Nas décadas de 1960 e 1970, a discussão em torno a essas questões esteve particularmente acesa. Nesse debate, aos que creditavam a melhoria do estado de saúde das populações na Europa entre 1750 e 1950 (habitualmente medida pela diminuição da mortalidade) predominantemente a intervenções médico-sanitárias, opunham-se os que argumentavam que aquela tendência teria começado antes de qualquer conquista médico-sanitária relevante. Os primeiros apresentavam as descobertas da vacina antivariólica (Edward Jenner, 1779-1823), do mecanismo de transmissão da cólera (John Snow, 1813-1858), do bacilo da tuberculose (Robert Koch, 1843-1910), da vacina antirrábica (Louis Pasteur, 1822-1895), entre outros. A outra corrente de pensamento remetia a melhoria do estado de saúde, entre outros fatores, à melhoria do padrão nutricional das populações e das condições de moradia e do saneamento ambiental, a mudanças na estrutura demográfica e à possível atenuação da virulência de agentes etiológicos de algumas doenças transmissíveis.

Um dos principais personagens desse debate, o epidemiologista e demógrafo britânico Thomas McKeown (1916-1979), subdividiu a tendência secular em três períodos, identificando em cada um deles a variável mais significativa para o declínio da mortalidade observado. Entre 1730 e 1840, a melhoria dos padrões nutricionais teria sido a variável mais importante; entre 1840 e 1935, as medidas ambientais, em particular aquelas vinculadas à oferta de água e esgoto, seriam responsáveis pelo maior impacto. Apenas após o início da Segunda Guerra Mundial (1939) as intervenções médico-sanitárias específicas passaram a jogar um papel mais relevante na determinação do estado de saúde dos humanos. Em ou-

tras palavras, apenas muito recentemente as vacinas, os medicamentos, as técnicas clínicas e cirúrgicas, as medidas de promoção da saúde, os dispositivos diagnósticos etc. passaram a ter maior impacto na determinação do estado de saúde.

Além de organizarem a prestação de serviços, os sistemas nacionais de saúde modernos são estruturas complexas que também organizam a utilização de milhares de produtos, processos, procedimentos, normas técnicas etc., visando a promover, manter ou recuperar a saúde de populações humanas. Nessa perspectiva são, portanto, o 'lugar' onde se expressa o que foi denominado anteriormente de intervenções médico-sanitárias específicas.

Ao discutir o impacto dos sistemas de saúde na determinação das condições de saúde das populações, o epidemiologista brasileiro Maurício Lima Barreto retoma a reflexão de McKeown, trazendo-a para o século XXI: "Pelo fato de porem em cheque a efetividade de um dos esteios das sociedades modernas [os sistemas nacionais de saúde], essas teses tiveram e continuam tendo grande repercussão, com fortes adesões e duras críticas, ou seja, continuam polêmicas mesmo em dias atuais" (Barreto, 2004).

Polêmicas à parte, talvez seja possível responder à primeira das perguntas que abrem esta seção do seguinte modo: 1) as intervenções médico-sanitárias específicas tiveram muito pouco impacto na determinação do estado de saúde dos humanos pelo menos até o final do século XIX; 2) apenas nos últimos cinquenta anos, com a organização de sistemas nacionais de saúde e com a multiplicação de intervenções médico-sanitárias efetivas aplicadas por estes sistemas, essas intervenções tiveram seu impacto aumentado; 3) a velocidade e a intensidade no aparecimento de novas intervenções efetivas são, até este início do século XXI, crescentes.

Mas resta a segunda pergunta: qual o lugar do conhecimento científico e tecnológico na sustentação teórica e técnica dessas intervenções?

Ciência, tecnologia e intervenções médico-sanitárias

O século XX foi um tempo revolucionário em várias dimensões: na política, na economia e também no desenvolvimento científico e tecnológico, entre outras. Nesse último aspecto, cabe lembrar que, em seu início, com Max Planck (1858-1947), Albert Einstein (1879-1955) e Niels Bohr (1885-1962), o século XX derrubou os pilares da física estabelecidos por Isaac Newton (1643-1727) mais de duzentos anos antes. Pode-se dizer ainda que esse foi o início de uma revolução que, quando observada dentro do mundo da ciência, manteve durante décadas a física na vanguarda das disciplinas científicas. E que, quando observada de fora desse mundo, isto é, na perspectiva da sociedade em geral, alcançou uma imensa visibilidade, cuja expressão mais intensa (e dramática) foi o seu principal produto tecnológico – as bombas nucleares – inauguradas sobre Hiroshima e Nagasaki, em 1945.

Menos de dez anos depois das duas explosões, em 28 de fevereiro de 1953, na Universidade de Cambridge, Francis Crick (1916-2004) e James Watson (1928-) anunciaram, nas palavras do primeiro, que naquela manhã "tinham encontrado o segredo da vida" – a hélice dupla do ácido desoxirribonucleico. Desde então, com a genética e a biologia molecular à frente, as biociências vêm, cada vez mais, assumindo o papel de vanguarda que coube à física ao longo da maior parte do século XX. Não são difíceis de entender as implicações que esta revolução nas biociências têm para a saúde dos humanos, seres complexos – sociais, psicológicos etc. – mas cuja humanidade se estrutura numa armadura cem por cento biológica.

Outro aspecto relevante para essas implicações, cujas razões serão expostas mais adiante, é que o lapso de tempo decorrido entre o aparecimento de um conhecimento científico original e a sua tradução em termos de novos produtos é, hoje, significativamente menor do que há cinquenta ou cem anos. Finalmente, vale mencionar um terceiro aspecto importante dessa revolução, que é o progressivo desaparecimento de fronteiras entre campos de saber já consagrados e o aparecimento de novas disciplinas ou setores de aplicação de novas disciplinas.

No caso da saúde dos humanos, as novas intervenções médico-sanitárias serão, provavelmente, cada vez mais tributárias da interseção de três desses novos campos de saber, que não são derivados apenas das biociências, mas nos quais elas têm uma grande importância: a biotecnologia, a nanotecnologia e as tecnologias da informação.

Em resumo, a resposta à nossa segunda pergunta não é muito complicada. A partir da segunda metade do século XX e em velocidades crescentes, as intervenções médico-sanitárias efetivas dirigidas à saúde dos humanos estão impregnadas de quantidades cada vez maiores de conhecimento científico e de tecnologias diretamente dele decorrentes. É por esta razão que os temas vinculados à ciência e à tecnologia ocupam um espaço crescente na organização dos sistemas nacionais de saúde. Daí a relevância de se conhecer a dinâmica da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico para a saúde no Brasil e no mundo.

A saúde de um humano e a saúde dos humanos

Apesar desses avanços, é preciso introduzir um contraponto não tão otimista. A existência de um número cada vez maior de intervenções médico-sanitárias efetivas sustentadas em sólida base científica e tecnológica, por si só, não é capaz de estabelecer o impacto dessas intervenções sobre a saúde dos humanos no futuro. Como visto anteriormente, é muito provável que o impacto observado hoje em dia não tenha precedentes na história da espécie humana. No entanto, desequilíbrios e assimetrias na produção, distribuição e utilização desse conhecimento científico e tecnológico gerador das intervenções efetivas, bem como desequilíbrios e assimetrias no acesso a essas mesmas intervenções, poderão vir a bloquear impactos positivos ou até mesmo a provocar impactos negativos.

Parece claro que a geração desses desequilíbrios e assimetrias, a rigor, não se encontra no interior do processo de busca de conhecimento original e de desenvolvimento de novos produtos e processos. Em resumo, eles não fazem parte do processo de trabalho científico ou tecnológico em si. No entanto, tudo sugere que quanto maior se torna o impacto das intervenções médico-sanitárias sobre a saúde dos humanos, mais o processo de trabalho científico e tecnológico se vê envolvido em terrenos que, a rigor, lhe são externos, tais como os negócios, a economia, a política, as relações e o comércio internacionais etc., terrenos esses que são potencialmente geradores de desequilíbrios e assimetrias. Esse aspecto será trabalhado mais adiante, ainda neste capítulo. No momento, é importante reter a existência desse paradoxo.

O que é pesquisa em saúde e como se delimita o seu campo?

Podem-se definir as atividades de pesquisa científica e tecnológica em saúde como as que resultam em produtos e processos que contribuem para promover, manter ou recuperar a saúde dos seres humanos. Apesar da formulação aparentemente simples desta definição, a

Taxonomia refere-se à classificação das coisas e aos princípios subjacentes da classificação. Quase tudo – objetos animados, inanimados, lugares e eventos – pode ser classificado de acordo com algum esquema taxonômico.

Teleologia é a doutrina que estuda os fins últimos da sociedade, da humanidade e da natureza. Suas origens remontam à noção de Aristóteles de que as coisas servem a um propósito.

A teleologia busca também responder à pergunta: 'onde para tudo isto? ', ou seja, o 'para quê' de todas as coisas.

delimitação do campo de pesquisa em saúde é bastante complexa. Para tanto, é necessário recorrer a classificações taxonômicas.

As taxonomias que se propõem a organizar o campo da ciência e da pesquisa científica são construídas segundo mais de um critério. Em alguns casos, é possível identificar campos do conhecimento fundados num corpo teórico-metodológico muito bem determinado, como acontece, por exemplo, na física, na fisiologia, na química, na biologia ou na matemática. Em outros, os campos do conhecimento são discriminados segundo critérios disciplinares como, por exemplo, a medicina, a engenharia, a saúde coletiva, a economia e o direito. Aqui as disciplinas são constituídas por vários corpos teórico-metodológicos. Finalmente, em outros casos não é possível discriminar campos de pesquisa nem por critérios teórico-metodológicos, nem por critérios disciplinares. A taxonomia baseia-se então em critérios teleológicos, isto é, critérios sustentados na finalidade da pesquisa, como por exemplo a biotecnologia, a nanotecnologia, a informática, a instrumentação, as ciências da informação etc. Aqui, os campos de pesquisa se organizam em torno a aplicações de várias disciplinas.

Adotando-se como ponto de partida conceitual a ideia de que a pesquisa em saúde tem como objetivo fornecer as bases científicas e tecnológicas para a produção de bens e serviços que mantenham ou aumentem o bem-estar das pessoas, fica claro que este é um campo de pesquisa que se organiza melhor segundo critérios teleológicos. Assim, o critério que melhor define a pertinência de um trabalho de pesquisa no campo da pesquisa em saúde é a finalidade da pesquisa.

A pesquisa em saúde no mundo

Uma das maneiras de avaliar a importância e a dimensão de um fenômeno social é medir o esforço financeiro realizado pelos atores nele envolvidos. No caso da pesquisa em saúde em escala mundial, a medida dos dispêndios financeiros pode ser uma boa maneira de avaliar sua importância. Deve ser inicialmente observado que esta medida é um procedimento bastante recente. Os primeiros levantamentos foram realizados apenas no final da década de 1980.

As evidências disponíveis hoje mostram que, com exceção da pesquisa orientada para fins militares, o setor de saúde é aquele que mobiliza a maior quantidade de recursos financeiros para a pesquisa em nível global. O exemplo do orçamento federal de ciência e tecnologia dos Estados Unidos, apresentado na Tabela 1, ilustra essa afirmativa.

Tabela 1 – Orçamento federal de ciência e tecnologia dos Estados Unidos da América, principais destinações – ano fiscal 2011-2012

Destinação	Valor (US$ bilhões)
Departamento* de Defesa	77,8
Departamento de Saúde (NIH)**	32,4
Fundação Nacional de Ciência***	6,1
Departamento de Energia	13,0
Departamento de Agricultura	2,4

* Corresponde aos ministérios brasileiros; ** National Institutes of Health – órgão de fomento à pesquisa em saúde; *** Órgão correspondente ao CNPq no Brasil.
Fonte: AAAS, 2011.

Em 2005, em todo o mundo, foram contabilizados US$ 160,3 bilhões destinados à pesquisa em saúde. Além desse grande valor, deve ser mencionado que o seu crescimento em relação aos anos imediatamente anteriores foi significativo, conforme os dados da Tabela 2.

Tabela 2 – Evolução dos gastos mundiais com pesquisa em saúde em anos selecionados

Anos	Valor (US$ bilhões)	Índice
1998	84,9	100
1999	92,0	108
2000	98,0	115
2001	105,9	125
2005	160,3	189

Fonte: Global Forum for Health Research, 2008.

A distribuição geográfica da pesquisa em saúde no mundo

A distribuição geográfica desses dispêndios está longe de ser homogênea. De acordo com o Global Forum for Health Research, do volume total de recursos de 2001, 96% foram oriundos de 42 países classificados como de alta renda. Todavia, mesmo entre os países ricos, há uma enorme concentração. Daqueles 96%, 49% provêm dos Estados Unidos, 13% do Japão, 7% da Grã-Bretanha, 6% da Alemanha e 5% da França. Acrescente-se que também os 4% dos recursos para a pesquisa em saúde que são aplicados por países de renda média ou baixa – países em desenvolvimento – não se distribuem homogeneamente pelo conjunto desses países.

Global Forum for Health Research

O Global Forum for Health Research é uma fundação internacional independente que promove a pesquisa em saúde para combater doenças negligenciadas e condições que se constituem nas maiores fontes das precárias condições de saúde nos países em desenvolvimento, bem como para reduzir outras iniquidades em saúde e em pesquisa em saúde.

Estabelecido como fundação internacional independente em 1998 na Suíça, o Global Forum entende que a melhoria das condições de saúde é não somente o resultado do desenvolvimento, mas também pré-requisito para o desenvolvimento. Defende ainda a ideia de que a melhoria dos níveis de saúde requer a correta utilização do conhecimento existente, bem como de conhecimentos científicos e tecnológicos novos. Isso inclui todo o espectro da pesquisa em saúde, como a pesquisa biomédica, a pesquisa sobre políticas e sistemas de saúde, a pesquisa em saúde pública, a pesquisa em ciências políticas, sociais e econômicas e a pesquisa comportamental e operacional.

Outra forma de estimar o empenho dos países com pesquisa em saúde é contabilizar os produtos dessa pesquisa, como, por exemplo, as publicações científicas e tecnológicas ou as patentes depositadas nos principais centros mundiais. No ano de 2005, a revista *Science* publicou um artigo (Paraje *et al*., 2005) segundo o qual 90,4% das publicações científico-tecnológicas no mundo têm autores com endereços nos 42 países de renda alta, e destes, os cinco mais produtivos (EUA, Japão, Reino Unido, Alemanha e França) respondem por 72,5% da produção total. Os 9,6% restantes estão distribuídos entre os demais países da seguinte maneira: 1,7% entre 63 países de renda baixa, 5,4% entre 54 países de renda média inferior e 2,5% entre 31 países de renda média superior. Vale destacar o fato de que os países

de renda média superior têm menor expressão que os de renda média inferior. Importa ainda tomar nota de que os cinco países líderes neste último subgrupo (China, Federação Russa, Brasil, Turquia e África do Sul) são responsáveis por 4,4% dos 5,4%. Se somarmos a esses 4,4% a parcela correspondente à produção da Índia (que está entre os países de renda baixa), teremos algo em torno a 5% do *output* mundial em pesquisa em saúde localizado em alguns poucos países, entre os quais está o Brasil.

A principal fonte de recursos financeiros para a pesquisa em saúde em escala mundial é o setor privado lucrativo, mormente as indústrias farmacêuticas e biotecnológicas. Em seguida, aparece o setor público. Tal panorama reflete o peso dos países desenvolvidos na pesquisa em saúde, posto que a maioria dessas indústrias neles se encontra. Quando são apresentados os dados para os países em desenvolvimento, a situação muda de figura (Tabela 3). Nesse caso, o maior financiador é o setor público.

Tabela 3 – Distribuição de recursos financeiros para a pesquisa em saúde em países em desenvolvimento segundo fontes – 2001 e 1998

	2001		1998	
	US$ bilhões	%	US$ bilhões	%
Setor público	2,00	47,3	1,80	51,0
Setor privado lucrativo	1,35	31,9	0,98	27,8
Setor privado não lucrativo	0,08	1,9	0,08	2,2
Cooperação internacional	0,80	18,9	0,67	19,0
Total	4,23	100,0	3,53	100,0

Fonte: Adaptado de Global Forum for Health Research, 2004.

Além disso, é importante notar a presença de um componente importante de cooperação internacional, que compreende empréstimos de organismos multilaterais (Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento etc.) e doações de governos, organizações não governamentais e agências de fomento estrangeiras realizados em países em desenvolvimento.

Pesquisa em saúde no Brasil

No plano das ações científicas e tecnológicas, a segmentação do mundo em dois grupos – países desenvolvidos e países em desenvolvimento – torna-se cada vez mais inadequada. Entre os países desenvolvidos, temos, em uma ponta, um país que é responsável por quase metade do total dos dispêndios mundiais com pesquisa em saúde, que são os Estados Unidos da América. Na outra ponta, temos países – alguns da União Europeia – que despendem menos em pesquisa em saúde do que alguns dos países denominados 'em desenvolvimento'. No outro segmento, o dos países em desenvolvimento, há vários países – da África subsaariana, por exemplo – que efetivamente não estão 'em desenvolvimento', mas em risco de uma possível extinção econômica, cultural, política e, no limite, demográfica. E na outra ponta deste segmento, há países que, nos últimos anos, vêm obtendo algum destaque no campo da pesquisa e desenvolvimento em saúde.

Uma importante contribuição para a atualização desse tema foi dada por um grupo de especialistas de vários países liderado pelo bioquímico e biologista molecular brasileiro Carlos Morel (Morel *et al*., 2005).

Como já mencionado, pouco menos de 10% do que se publica no campo de pesquisa em saúde no mundo tem origem nos países em desenvolvimento. Ocorre que mais da metade desses 10% são oriundos de um número relativamente pequeno de países, entre os quais estão a China, a Índia, a Turquia, a África do Sul, o México e o Brasil. A esse grupo, Morel e seus colaboradores deram o nome de Países em Desenvolvimento Inovadores. São países com capacidade autóctone de pesquisa em saúde e também em outros campos. Entre outros aspectos, a importância desses países inovadores é que eles podem ocupar um nicho particular na pesquisa em saúde: aquele de investigar os problemas de saúde que lhes causam mais impacto e que são negligenciados pelos países desenvolvidos, – a doença de Chagas, as leishmanioses, a tuberculose, entre outros.

A capacidade instalada de pesquisa em saúde no Brasil

Os dados agregados mais abrangentes sobre a pesquisa em saúde no Brasil podem ser obtidos a partir do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O Diretório existe desde 1992 e a intervalos relativamente regulares renova seus resultados em censos sobre a atividade de pesquisa científica e tecnológica em todos os campos. Sua abrangência é grande, cobrindo a quase totalidade de pesquisa científica e a parcela de pesquisa tecnológica que é realizada em instituições de ensino superior e institutos de pesquisa. No censo de 2010, 451 instituições relataram a existência de 27.523 grupos de pesquisa, envolvendo 128.892 pesquisadores em todas as áreas do conhecimento. Desses, 81.726 (63,4%) possuíam titulação doutoral. Um grupo de pesquisa foi considerado pertencente ao setor de saúde humana quando à época do levantamento foi relatada, pelo menos, uma linha de pesquisa em andamento no grupo vinculada a este setor de atividade. Os pesquisadores do grupo associados a esta(s) linha(s) foram considerados pesquisadores do setor saúde. Segundo esses critérios, a capacidade instalada de pesquisa em saúde no país em 2010, em termos de grupos de pesquisa com pelo menos uma linha de pesquisa associada ao setor 'saúde humana' e de pesquisadores que participam dessas linhas, é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Grupos de pesquisa e pesquisadores com titulação doutoral atuantes no setor de saúde humana segundo a grande área de atuação predominante dos grupos

Grande área do conhecimento	Nº de grupos	Pesquisadores com doutorado*
Ciências agrárias	504	2.333
Ciências biológicas	1.644	6.496
Ciências da saúde	4.555	15.968
Ciências exatas e da Terra	697	2.512
Ciências humanas	886	2.955
Ciências sociais aplicadas	236	634
Engenharias	365	1.377
Linguística, letras e artes	62	201
Total	8.949	32.476

Fonte: CNPq – Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, Censo 2010. Tabulação especial.

A capacidade instalada de pesquisa brasileira no campo da saúde é responsável por pouco mais de 1% de todas as publicações indexadas no campo. A última estatística disponível se refere ao ano de 2001 e foi retirada do já citado trabalho de Paraje e colaboradores (2005). Naquele ano, apenas quatro países detinham uma fatia acima de 5% da produção bibliográfica mundial em saúde. Eram eles os Estados Unidos (34,70%), o Japão (8,39%), a Grã-Bretanha (8,17%) e a Alemanha (7,11%). Entre os países em desenvolvimento inovadores, a China ficava em oitavo lugar entre os países com maior participação (2,47%), a Índia ficava em 14º lugar (1,22%) e o Brasil em 18º, com 1,02% do total da produção bibliográfica mundial em saúde. A presença de artigos de autores brasileiros nas bases de dados internacionais, para todas as áreas, tem crescido de modo acentuado nos últimos anos. Em 2009, os pesquisadores brasileiros foram responsáveis por quase 2% da produção mundial, colocando o Brasil em décimo terceiro lugar no *ranking* dos países. Conforme dados do portal SCImago Journal and Country Rank (www.scimagojr.com), só na área da pesquisa em medicina a participação brasileira triplicou entre 1996 e 2009, passando de 0,6% para 1,9% da produção mundial de publicações científicas.

Para refletir

Depois de analisar a Tabela 4 deste item e de refletir sobre os dados aqui destacados, faça uma consulta ao Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil (<http://dgp.cnpq.br/>), a base de dados do CNPq.

Com base nessas reflexões, como você avalia a importância/prioridade que o nosso país dedica à pesquisa em saúde? Apresente argumentos que fundamentem sua opinião a respeito.

O financiamento da pesquisa em saúde no Brasil

Até recentemente não havia informação fidedigna sobre o financiamento da pesquisa em saúde em nosso país. Em 2003, o Ministério da Saúde encomendou um levantamento abrangente sobre este tópico, realizado sob a liderança de Cid Mello Vianna, cobrindo o período 2000-2005. O levantamento baseou-se no conceito de fluxos financeiros e abarcou as principais fontes e os principais usuários de recursos para a pesquisa em saúde nos setores público e privado.

Os resultados agregados no que se refere às fontes de recursos para o triênio 2003-2005 estão na Tabela 5.

Cabe chamar a atenção para três aspectos relevantes expressos nos dados da Tabela 5: 1) o volume bastante significativo de recursos financeiros totais – 493,8 milhões de dólares por ano – que bem revela a intensidade do esforço brasileiro na pesquisa em saúde e que se justifica para o financiamento da capacidade instalada de pesquisa; 2) o peso relativamente pequeno do setor privado nesse esforço (23,3%), bem revelador do que se denomina a imaturidade do sistema de inovação em saúde brasileiro; 3) o papel exercido pelo Ministério da Saúde, responsável por apenas 11,2% do total em termos financeiros (vale notar, entretanto, que a participação do Ministério da Saúde tem sido crescente, haja vista que entre 2000 e 2002 sua participação não passou de 5,7%).

Tabela 5 – Recursos financeiros médios anuais destinados à pesquisa em saúde segundo as principais fontes. Brasil – 2003-2005

Fontes de recursos	Dispêndio médio anual 2003-2005 (US$ milhões)	%
Governo federal	225,2	45,6
Ministério da Saúde	55,3	11,2
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação	58,9	11,9
Ministério da Educação	108,7	22,0
Governos estaduais	142,3	28,8
Secretarias Estaduais de Educação	92,4	18,7
Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa	46,0	9,3
Setor público	367,5	74,4
Setor privado	115,1	23,3
Organizações internacionais	11,3	2,3
Total	493,8	100,0

Fonte: Decit/SCTIE/MS, 2005.

Para conhecer melhor a participação do setor privado no sistema de inovação brasileiro, leia o capítulo 7.

Sobre a política pública de ciência e tecnologia em saúde

No Brasil, poucas políticas públicas podem ser consideradas verdadeiras políticas de Estado, no sentido de terem o respaldo permanente dos três poderes da República e das três esferas de organização política do país (municípios, estados e União). O Sistema Único de Saúde (SUS), ferramenta básica da política de saúde brasileira e principal produto da Reforma Sanitária, é uma delas.

Entretanto, a despeito da força e da abrangência do processo da Reforma Sanitária, ela acabou por não abrigar em seu leque de preocupações mais importantes a questão da ciência e tecnologia em saúde que, apesar do esforço da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, até recentemente não havia entrado adequadamente em sua pauta.

Você vai conhecer o processo de Reforma Sanitária no capítulo 11, sobre a história da política de saúde no Brasil. No capítulo 12, é analisado o processo de implantação do SUS com descrição dos marcos legais e normativos, do arcabouço institucional, estrutura de gestão e instâncias decisórias do SUS. Sua leitura permite apreender a abrangência e a profundidade das mudanças propostas no processo de Reforma Sanitária na Constituição de 1988.

Conferências Nacionais de Ciência e Tecnologia em Saúde

Mediante suas conferências nacionais de saúde e outros dispositivos, o Conselho Nacional de Saúde exerce seu papel de controle social do Sistema Único de Saúde. As conferências nacionais podem abordar temas específicos, como a saúde do trabalhador, a assistência farmacêutica ou a saúde bucal. O tema da ciência e tecnologia já foi objeto de duas conferências nacionais. A primeira teve lugar em Brasília em 1994 e, pela primeira vez, explicitou-se no Brasil uma política de ciência e tecnologia em saúde. A segunda foi realizada em julho de 2004, também em Brasília, e teve dois eixos de debate: uma proposta de Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e uma proposta de Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Participaram dos debates das duas propostas cerca de 15 mil pessoas de todo o país. Da plenária final participaram aproximadamente 500 delegados, representando pesquisadores, gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

A persistência dessa deficiência leva a pensar que seja determinada por causas estruturais ou relacionadas a longos ciclos conjunturais: seja como for, são causas de difícil remoção. Nessa perspectiva, é necessário mencionar duas delas: 1) a história das relações entre a política de saúde e a política de pesquisa em saúde no Brasil; 2) a posição histórica do Ministério da Saúde na estruturação do esforço brasileiro de pesquisa em saúde.

As evidências disponíveis sugerem que, na segunda metade do século XX, houve um relativo afastamento entre as prioridades de pesquisa em saúde e as prioridades da política de saúde em nosso país. Essas evidências emergem quando se comparam essas relações com as existentes na primeira metade do século passado, quando as duas prioridades foram muito mais próximas. Embora o tema esteja ainda aberto à investigação histórica, basta mencionar os nomes de Oswaldo Cruz, Adolpho Lutz, Carlos Chagas, Emilio Ribas, Geraldo de Paula Souza, Arthur Neiva e Evandro Chagas para que o argumento fique mais claro. Foram todos líderes no campo da ciência e da ação na política de saúde, tendo dois dentre eles chegado à posição correspondente hoje à de Ministro da Saúde. Foram todos construtores de instituições de pesquisa, algumas até hoje relevantes no panorama da pesquisa em saúde no país.

Em um grande número de países com tradição de pesquisa, a presença dos ministérios da Saúde na organização da pesquisa em saúde é intensa. Em todos os casos, muito mais intensa do que no Brasil. Não foi por outra razão que o plenário da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde deliberou que "a política de C&T em saúde deve ser um componente da política de saúde", proposição tão singela quanto precisa e de difícil concretização, posto que até os dias de hoje não se tornou realidade, apesar de grandes avanços em anos recentes.

A aproximação da política de pesquisa em saúde das políticas de saúde é muito acelerada em todo o planeta, a começar pelos países desenvolvidos. Podem ser mencionados três determinantes desse processo:

O complexo industrial da saúde é analisado com detalhes no capítulo 7.

1) no âmbito do complexo industrial da saúde, a competição econômica por novos medicamentos, vacinas, equipamentos, *kits* diagnósticos etc.;

2) a emergência de novas doenças e a reemergência de algumas das antigas, ameaçando populações que se imaginava estarem livres delas para sempre;

3) o aumento exponencial da velocidade da transformação de conhecimento novo em aplicação com o crescimento da pesquisa estratégica e translacional.

Pesquisa estratégica é um termo com vários significados. Aqui, está sendo utilizado na perspectiva proposta pelo cientista político norte-americano Donald Stokes (1927-1997): pesquisa que busca conhecimento científico novo, considerando explicitamente, desde o seu início, sua aplicação em alvos determinados.

Pesquisa translacional é geralmente descrita como o processo de aplicar ideias e descobertas geradas com base em pesquisa científica básica ao tratamento ou prevenção de doenças e agravos à saúde humana. Em outras palavras, o desenvolvimento de pesquisa científica no laboratório com o objetivo de transferir o conhecimento gerado por esta para a beira do leito ou para a comunidade.

Tudo isso vem continuamente deslocando a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde para o centro das políticas de saúde.

No Brasil, curiosamente, essa aproximação que ainda falta entre as políticas de saúde e as de pesquisa em saúde é bastante presente em dois outros setores. Desde 1973, o Ministério da Agricultura chamou a si a responsabilidade de estruturar a pesquisa agropecuária no Brasil como um componente da política agropecuária, criando a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) para cumprir essa missão. De modo correspondente, há muitos anos, a Petrobras orienta e fomenta a pesquisa energética no campo de petróleo e gás. O sucesso dessas duas iniciativas está expresso na crescente projeção internacional do Brasil nos dois setores, nos terrenos da pesquisa, do desenvolvimento, da inovação, bem como na produção industrial e de serviços.

Para que venha a ser um componente da política de saúde, é necessário que a política de ciência e tecnologia em saúde seja explicitada. Entre outros, pode-se mencionar dois dos seus fundamentos: a busca da equidade como eixo orientador das prioridades de pesquisa e a sustentação de padrões elevados de ética na prática da pesquisa, em particular quando envolva seres humanos.

Sobressai ainda um conjunto de eixos condutores, entre os quais dois devem ser destacados:

1) a necessidade de uma visão extensiva da pesquisa prioritária em saúde, que inclua todos os elos da ‘cadeia do conhecimento’, desde a pesquisa fundamental até o desenvolvimento com vistas a novos produtos e processos, e que contemple universidades, institutos, empresas e serviços de saúde como locais de seu exercício;

2) a necessidade de uma visão inclusiva, capaz de empolgar os quatro grandes conjuntos de pesquisadores existentes no país – os pesquisadores biomédicos, os pesquisadores no campo da saúde coletiva, os pesquisadores clínicos e os pesquisadores em pesquisa e desenvolvimento no âmbito do complexo industrial da saúde – em torno de uma agenda nacional de prioridades de pesquisa.

Para refletir

O movimento de aproximação entre a política de pesquisa em saúde e as políticas de saúde tem sido observado em todo o mundo, especialmente nos países desenvolvidos.

O Brasil, embora tenha tradição de pesquisa em saúde, ainda não conseguiu concretizar a ideia de que a política de C&T em saúde deve ser um componente da política de saúde, como deliberado na 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Refletindo sobre essa questão, identifique pelo menos um determinante que possibilite concretizar esse processo de aproximação em nosso país.

A política de saúde tem suas prioridades. É necessário que a pesquisa em saúde as tenha também. Uma das grandes conquistas no campo da construção de uma política de pesquisa em saúde nos últimos anos foi a elaboração da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Esta agenda resultou da pactuação entre pesquisadores, gestores, prestadores de serviços e usuários do SUS.

Uma versão final foi aprovada pelo plenário da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em Brasília em 2004 (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda.pdf).

Um último aspecto importante sobre a política de ciência e tecnologia em saúde é a necessidade da construção de seu modelo de gestão, no âmbito do Ministério da Saúde. Na maioria dos países onde a política de saúde orienta a política de pesquisa em saúde (Estados Unidos, Canadá, Índia, França, Austrália etc.), observa-se o papel central dos órgãos correspondentes ao nosso Ministério da Saúde na condução da política, bem como a existência de órgãos de fomento próprios, vinculados ao gestor federal da política de saúde.

A agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde

A necessidade de planejar a investigação em saúde em torno de problemas apontados como prioritários tem sido destaque no cenário internacional há algumas décadas (COHRED, 2003) e ainda permanece atual (Viergever, 2010). Para tal é preciso mobilizar esforços políticos no sentido de envolver, além da comunidade científica, a sociedade, visando a alcançar um amplo consenso sobre prioridades do governo em ações de pesquisa em saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde nomeou um comitê técnico assessor, composto por vinte cientistas e gestores de reconhecido saber, que trabalhou em consonância com a Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde (Cict/CNS) para estabelecer uma agenda abrangente de prioridades de pesquisa em saúde no Brasil. Os especialistas levaram em consideração a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como dados relativos à carga de doenças no país, o estado da arte do conhecimento técnico-científico vinculado a cada temática e o impacto da realização das pesquisas no contexto da equidade e justiça social. O produto final é conhecido como Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (ANPPS) (Brasil, 2004; Guimarães *et al.*, 2006).

Passados alguns anos, as prioridades de pesquisa em saúde devem ser revisadas para continuar a orientar as ações de fomento em pesquisa de acordo com as necessidades do SUS. Assim, foi iniciado o processo de revisão da agenda de prioridades, orientado por um comitê consultivo da ANPPS, proposto pelo Ministério da Saúde em fins de 2009.

Todas as ações implementadas no contexto da ANPPS voltam-se para a construção de uma relação estreita entre o sistema de saúde e o campo da ciência e tecnologia, viabilizando a articulação entre os que demandam, fomentam, executam e utilizam o conhecimento em saúde. No início deste século, o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde no país ainda refletia um quadro de articulação incipiente entre o Sistema de Saúde e o Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, o que não contribuía para a aplicação dos resultados das atividades de pesquisa e desenvolvimento no atendimento às demandas do SUS e aos propósitos da Política Nacional de Saúde.

Para mudar esse quadro, nada mais assertivo que trazer o Ministério da Saúde para o centro das ações de pesquisa. Duas razões justificam esse foco: aproximar as agendas de pesquisa em saúde das políticas públicas de saúde e carrear mais recursos financeiros para a pesquisa em saúde. A partir de 2004, intensificou-se o papel indutor do Ministério da Saúde no que toca à ciência e tecnologia e inovação em saúde, nos marcos da ANPPS.

A implementação da ANPPS foi recentemente avaliada (Brasil, 2010). As subagendas Doenças Transmissíveis, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Alimentação e Nutrição, Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde e Pesquisa Clínica são as que tiveram maior número de projetos aprovados. Já as contempladas com o maior volume de recursos são: Complexo Produtivo da Saúde, Pesquisa Clínica, Doenças Transmissíveis e Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Na subagenda de Demografia e Saúde, embora tenham sido contemplados apenas dois projetos, houve investimento de um volume expressivo de recursos. Cumpre registrar a realização da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança em 2006/7. Observa-se que os dados são compatíveis com o perfil epidemiológico da população brasileira e seus principais problemas de saúde, ou seja: a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde está cumprindo um importante papel na orientação das atividades de pesquisa em saúde no país.

A pesquisa com seres humanos (pesquisa clínica) no Brasil

A definição mais aceita de pesquisa clínica é a proposta pelo *Guia de Boas Práticas Clínicas* da International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH, 1996: 3):

> Qualquer investigação em seres humanos que busque descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos e/ou farmacodinâmicos de um produto experimental, e/ou identificar quaisquer reações adversas a um produto experimental, e/ou estudar a absorção, distribuição, metabolismo e excreção de um produto experimental com o objetivo de averiguar sua segurança e/ou eficácia (tradução dos autores).

Neste sentido, a pesquisa clínica compreende os estudos que verificam os efeitos clínicos, em indivíduos ou populações (estudos epidemiológicos), de drogas, vacinas, produtos biológicos ou qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico (incluindo radioterapia, cirurgia, equipamentos médicos e terapias alternativas). Todavia, não inclui estudos pré-clínicos, que são realizados em modelos celulares ou animais (que avaliam toxicidade e outros efeitos farmacodinâmicos e farmacocinéticos), nem os estudos relativos a políticas, planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde (que se enquadram no campo das ciências sociais e humanas).

De acordo com o documento *General Considerations for Clinical Trials* da mesma conferência (ICH, 1997), os estudos clínicos dividem-se em quatro fases.

A fase 1 se refere ao primeiro uso de uma droga experimental em humanos. Tem como objetivo determinar a segurança da nova droga, seu metabolismo, suas ações farmacológicas e a tolerância a doses crescentes. É realizada em um pequeno número de pessoas voluntárias, geralmente sadias.

A fase 2 avalia a eficácia terapêutica do fármaco para uma indicação particular, assim como os seus efeitos colaterais. É representada pelos ensaios clínicos controlados, conduzidos, usualmente, com grupos de dezenas de voluntários portadores da doença para a qual a droga está sendo testada.

A fase 3, envolvendo amostras com milhares de participantes, destina-se a confirmar a eficácia do novo fármaco, demonstrando a significância estatística e a relevância clínica dos resultados obtidos na fase 2, e a monitorar as reações adversas.

Finalmente, a fase 4 se refere a todos os estudos pós-comercialização, em geral, destinados a avaliar efeito dose-resposta, efeitos populacionais e interações medicamentosas. Busca, assim, confirmar o valor terapêutico do novo medicamento em grandes grupos de pacientes que utilizam o produto em situação real (não controlada, como nos estudos) e estabelecer a incidência de reações adversas. Além disso, é a fase em que se realizam estudos de custo-efetividade, comparando-se duas alternativas de tratamento.

Como já mencionado, o Brasil tem avançado na pesquisa científica e tecnológica em saúde. Contudo, esse avanço não esconde os desafios presentes, dentre os quais se destaca o de transformar os resultados da pesquisa em tecnologias que ajudem a resolver os problemas de saúde e contribuam para o desenvolvimento socioeconômico do país.

Considerando o crescimento da demanda por serviços de saúde no Brasil, provocado tanto por mudanças demográficas (envelhecimento da população) e epidemiológicas (aumento das doenças crônicas), quanto pela ampliação do acesso a serviços de saúde primários (Estratégia Saúde da Família) e de urgência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Unidades de Pronto-Atendimento), a questão do desenvolvimento tecnológico em saúde torna-se central para assegurar a expansão da oferta sem comprometer a sustentabilidade econômica do sistema de serviços.

Os desafios da inovação em saúde são analisados com detalhes no capítulo 7.

Nesse sentido, o fortalecimento da indústria farmacêutica e farmoquímica do país é vital. Em outro capítulo deste livro, são abordados os desafios da inovação em saúde, mas aqui é importante mencionar os obstáculos que a pesquisa em saúde precisa superar para favorecer a inovação e o desenvolvimento tecnológico.

Certamente, um dos obstáculos se refere à fragilidade da pesquisa clínica brasileira. Como salienta Zago (2004), neste campo, o Brasil precisa adquirir sua própria experiência, obtendo seus próprios dados e formulando políticas adequadas às suas especificidades.

Atualmente, a cadeia produtiva de medicamentos não prescinde das etapas de testes em seres humanos dos produtos candidatos ao mercado. Esses testes, denominados genericamente de pesquisa clínica, são responsáveis por grande parte dos custos de produção dos medicamentos.

A capacitação brasileira para realizar ensaios clínicos foi avaliada por Quental e Salles-Filho (2006). A partir de dados levantados nos *sites* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e dos institutos nacionais de Saúde do governo norte-americano, bem como de entrevistas com representantes de empresas e produtores públicos de onze centros brasileiros de pesquisa clínica, os autores concluíram que, por um lado, o Brasil dispunha de um razoável número de centros com nível de competência na execução de ensaios fases 2 e 3. Em 2006, eram vinte centros que desenvolviam 538 ensaios, atendendo plenamente à demanda da indústria. Em geral, esses centros executavam os ensaios clínicos para empresas multinacionais, a partir de protocolos vindos do exterior. Por outro lado, a capacitação do Brasil para realizar a fase 1 era pequena, restringindo-se a alguns centros de excelência.

Apesar de esforços do Ministério da Saúde, que criou, em 2005, a Rede Nacional de Pesquisa Clínica, abrangendo 32 hospitais de ensino, a situação atual não é muito diferente da encontrada por Quental e Salles-Filho (2006). Com efeito, ainda em 2010, o edital 67 para contratação de projetos de pesquisa clínica, lançado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo CNPq, só previa financiamento de pesquisas nas fases 2 e 3.

O crescimento da indústria farmacêutica nacional, fortemente induzido pela política de medicamentos genéricos, tem contribuído para manter o quadro dual de capacitação do país para realizar ensaios clínicos: adequada para as fases 2 e 3 e insuficiente para a fase 1.

Vale acrescentar que a Anvisa, através da Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaios Clínicos, tem revisado suas normas no sentido não apenas de melhorar a eficiência do processo de registro de medicamentos, mas também de apoiar a capacitação do país na realização de ensaios clínicos, inclusive de fase 1 (Nishioka & Sá, 2006; Brasil, 2008).

Com a finalidade de regular o uso de medicamentos por seres humanos, os diferentes países estabeleceram critérios mínimos de segurança para a liberação de uma nova droga no mercado. As agências reguladoras, como a Anvisa no Brasil, a Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos e a Agência Europeia para Avaliação de Produtos Medicinais (EMA – European Medicines Agency) na Europa, são responsáveis pela elaboração de normas técnicas, autorização de produção e comercialização, fiscalização e acompanhamento do uso dos medicamentos (Goldim, 2007).

A regulação do uso de medicamentos é analisada com detalhes no capítulo 23 sobre vigilância sanitária.

Contudo, antes de serem submetidos ao processo de avaliação pelas agências reguladoras, os novos medicamentos precisam passar, com sucesso, pelas provas da pesquisa clínica.

No Brasil, em 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elabora uma norma sobre ética em pesquisa – a resolução n. 01/88. Este documento mescla aspectos éticos de pesquisas com questões de biossegurança e de vigilância sanitária, o que, de acordo com Hosne (2003), explica a dificuldade de implantação concreta da resolução.

Já em 1996, o CNS aprova a resolução n. 196, que é, desde então, o principal documento oficial de diretrizes e normas para a pesquisa envolvendo seres humanos. Esta é complementada, em 1997, pela resolução n. 251, que normatiza as pesquisas com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. Outras resoluções complementares são aprovadas em anos seguintes: a resolução n. 292, de 1999, que trata especificamente da pesquisa com cooperação estrangeira; a resolução n. 303, de 2000, relativa às pesquisas na área de reprodução humana; a resolução n. 304, também de 2000, referente às pesquisas com povos indígenas; e a resolução complementar n. 340, de 2004, relativa à área de genética humana (as resoluções do CNS podem ser acessadas em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_88.htm>).

Para mais informações sobre diretrizes e normas em pesquisas envolvendo seres humanos, leia o capítulo 24 sobre bioética.

O CNS possui um órgão específico para a proposição de normas sobre ética em pesquisa, que também julga os projetos de investigação: a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). É uma instância colegiada, de natureza normativa e educativa. A partir da resolução n. 196/96, foram criados, em diferentes instituições onde se realizam pesquisas com seres humanos, os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), que, por sua vez, devem ser reconhecidos pela Conep.

Propriedade intelectual e proteção patentária

Propriedade intelectual pode ser definida como um conjunto de direitos que incidem sobre uma criação do intelecto humano, antes mesmo que se materialize em produtos tangíveis. Aplica-se a obras científicas, artísticas, marcas, desenhos industriais, programas de computador, entre outros produtos do raciocínio e da imaginação. Em termos gerais, divide-se em duas categorias: direitos de autor e propriedade industrial.

Conceitualmente, a proteção à propriedade intelectual tem um objetivo duplo e contraditório: estimular a atividade inventiva, recompensando os inventores com a exclusividade de exploração econômica da sua criação, e disseminar a informação tecnológica para facilitar a inovação em benefício de toda a sociedade. Ou seja, em troca da garantia de direitos de propriedade por um período de tempo limitado – vinte anos, na maioria dos países –, o autor deve divulgar a sua invenção, que pode ser replicada, com propósitos experimentais, antes de expirar a patente, ou sem restrições, depois de expirada (Buainain & Carvalho, 2000).

A patente é um título de propriedade temporário, outorgado pelo Estado ao inventor, que garante a exclusividade da exploração da invenção. Em geral, as legislações definem como patenteável a invenção que: apresente novidade em relação ao estado da arte, resulte de atividade inventiva e tenha aplicação industrial. Nesse sentido, teorias científicas, obras literárias, programas de computador, dentre outras invenções, não são patenteáveis, ainda que sejam protegidas pelas leis de direito autoral e de *software*.

Historicamente, é o desenvolvimento da economia industrial, a partir do Renascimento, que promove a emergência dessa nova categoria de direitos de propriedade: além da propriedade sobre o bem em si, a sociedade passa a reconhecer direitos exclusivos sobre a reprodução e o emprego desse bem.

Com a Revolução Industrial, as empresas se expandem e precisam controlar a distribuição de seus produtos em todo o mundo. Assim, é assinada, em 1883, a Convenção da União de Paris (CUP), que estabelece um sistema internacional de propriedade industrial.

A CUP passou por várias revisões até que, em 1995, é substituída pelo Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, mais conhecido como Trips (da sigla em inglês de Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights), negociado no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). Esse acordo representa uma significativa mudança na abordagem da questão, impondo o fim da autonomia de cada país no que se refere à definição do nível de proteção da propriedade intelectual. Com efeito, todos os países-membros da OMC ficam obrigados a adotar padrões semelhantes de proteção em todos os campos tecnológicos, inclusive o da saúde.

No Brasil, até 1996, a lei vedava a concessão de patentes a produtos químico-farmacêuticos e medicamentos, assim como a seus processos de obtenção e modificação, visando a apoiar e proteger a indústria nacional. A Lei da Propriedade Industrial (LPI n. 9.279/96), aprovada para atender às exigências do Trips, revoga essas proibições.

Em tese, a adesão ao Acordo Trips é interessante para todos os países, pois criaria um ambiente estimulante para firmas estrangeiras e nacionais investirem em inovações e favoreceria o acesso dos produtos nacionais aos mercados de outras nações. Na prática, contudo, são os países mais avançados tecnologicamente que se beneficiam das regras desse acordo. Para países emergentes como o Brasil, cujas economias não atuam na fronteira do conhecimento, a imitação pode ser uma atividade importante para dinamizar a pesquisa e a competitividade das empresas.

Nesse sentido, tem sido justamente criticado o fato de o Brasil não ter aproveitado todas as flexibilidades admitidas pelo Acordo Trips, em especial o período de transição previsto para o cumprimento das obrigações, de dez anos a partir de 1996, e a possibilidade

de, em algumas circunstâncias, promover a importação paralela de produtos protegidos por patentes. Critica-se, com razão também, a inclusão na Lei da Propriedade Industrial do instituto das patentes *pipeline*, que levou o Brasil a reconhecer patentes depositadas em outros países, antes mesmo da entrada em vigor do acordo.

No entanto, a Lei da Propriedade Industrial incorporou o instituto do licenciamento compulsório para o setor público, em circunstâncias de abuso do poder econômico ou emergência em saúde pública. No início de 2007, o governo brasileiro utilizou esse mecanismo em relação ao medicamento antirretroviral Efavirenz.

A execução das normas que regulam a propriedade intelectual, de acordo com a lei e com a Constituição, é de responsabilidade do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), autarquia vinculada ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Cabe ao INPI depositar, analisar e decidir sobre a concessão de patentes em todas as áreas da produção industrial.

Na realidade, a discussão acerca da propriedade intelectual na área da saúde é bastante acirrada, pois envolve diversos interesses econômicos, políticos e sociais. Do ponto de vista do interesse público, a questão central é como conciliar o duplo objetivo da proteção à propriedade intelectual: incentivar os investimentos em inovação e, ao mesmo tempo, promover o acesso da população como um todo aos bens e serviços de saúde produzidos no processo de inovação. Vale salientar que essa questão ganha relevância no momento presente, quando crescem as atividades de pesquisa e desenvolvimento na área da biotecnologia.

Para responder a essa questão, deve-se lembrar, em primeiro lugar, que, conforme o artigo 5º, inciso 29, da Constituição Federal, a lei assegura o direito de propriedade intelectual, tendo em vista o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do país. Para isso, em primeiro lugar, deve avaliar criteriosamente sua posição na escala tecnológica global e suas prioridades sociais para definir as condições em que deseja proteger os direitos de propriedade intelectual. Nesse contexto, a imposição de um regime de propriedade intelectual unificado a partir dos interesses das empresas dos países desenvolvidos só contribui para acentuar as desigualdades e acirrar os conflitos entre os beneficiários diretos da proteção e a sociedade como um todo.

Em segundo lugar, é preciso reconhecer que o argumento do incentivo à inovação não é absoluto, ou seja, nem sempre a proteção patentária estimula a inovação. E mais: a propriedade intelectual é absolutamente insuficiente se não estiver articulada a políticas específicas de promoção da inovação.

As recomendações da OMS, em particular da sua Comissão sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (WHO, 2006), parecem úteis para orientar a harmonização do duplo objetivo:

1) assegurar que os interesses da saúde pública prevaleçam sobre os interesses comerciais, na formulação e implantação de políticas nacionais de saúde;
2) explorar as flexibilidades e as salvaguardas previstas nos acordos comerciais, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos essenciais;
3) evoluir do padrão das pesquisas orientadas pelo mercado para o das pesquisas orientadas pelas necessidades de saúde;

4) maximizar a disponibilidade de inovações relativas a produtos relevantes para a saúde pública, combinando ações de patenteamento e licenciamento de tecnologias.

Em suma, como apontam Chamas, Prickril e Sarnoff (2010), trata-se de estabelecer relações entre proteção à propriedade intelectual, pesquisa e inovação e política industrial, de modo a favorecer o desenvolvimento social e o atendimento das necessidades de saúde.

Para refletir
Considerando os objetivos do sistema de proteção à propriedade intelectual de incentivar os investimentos em inovação e, ao mesmo tempo, promover o acesso da população aos bens e serviços de saúde, como você avalia o dispositivo do licenciamento compulsório de patentes, previsto na Lei de Proteção Industrial brasileira?

Leituras recomendadas

BARBOSA, D. B. B. *Uma Introdução à Propriedade Intelectual*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *In:* CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, II. *Anais*... Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *Monitoring Financial Flows for Health Research*. Genebra, 2004.

GUIMARÃES, R. Ciência e tecnologia em saúde: um paradoxo na Reforma Sanitária. *In:* LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MASKUS, K. E. *Intellectual Property Rights in the Global Economy*. Washington, D.C.: Institute for International Economics, 2000.

STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

STOKES, D. *O Quadrante de Pasteur: a ciência básica e a inovação tecnológica*. Campinas: Editora da Unicamp, 2005.

Sites de interesse

Associação Brasileira de Propriedade Intelectual: www.abpi.org.br

Consellho Nacional de Saúde (CNS) – resoluções: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm

Council on Health Research for Development: www.cohred.org

Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1610

Grupos de pesquisa do CNPq: http://dgp.cnpq.br

Instituto Nacional de Propriedade Industrial: www.inpi.gov.br

Referências

AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE (AAAS). *Site*. Disponível em: <www.aaas.org/spp/rd>. Acesso em: 5 jul. 2011.

BARRETO, M. L. Os determinantes das condições de saúde das populações: qual o papel dos sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (supl. 2): S160-S161, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 39, de 5 de julho de 2008. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/legis.htm>. Acesso em: 3 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Decit dez anos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BUAINAIN, A. M. & CARVALHO, S. M. P. Propriedade intelectual em um mundo globalizado. *In:* BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Centro de Estudos Estratégicos. *Parcerias Estratégicas*. Brasília: MCT/2000.

CHAMAS, C.; PRICKRIL, B. & SARNOFF, J. Intellectual property and medicine: towards global health equity. *In*: WONG, T. & DUTFIELD, G (Eds.) *Intellectual Property and Human Development: current trends and future scenarios*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press, 2010.

COMMISSION ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT (COHRED). *Setting Priorities for Health Research Overview*. Genebra: WHO, 2003.

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA (DECIT). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Ministério da Saúde. *Fluxos Financeiros para a Pesquisa em Saúde*, 2005 (Mimeo.)

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *Monitoring Financial Flows for Health Research*. Genebra, 2004.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *Monitoring Financial Flows for Health Research*. Genebra, 2008.

GOLDIM, J. R. A avaliação ética da investigação científica de novas drogas: a importância da caracterização adequada das fases da pesquisa. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre,* 27(1): 66-73, 2007.

GUIMARÃES, R. *et al*. Defining and implementing a national policy for science, technology and innovation in health: lessons from the Brazilian experience. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9): 1.775-1.785, 2006.

HOSNE, W. S. A regulamentação de pesquisa com seres humanos como instrumento de controle social. *In*: FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.). *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola, 2003.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HARMONISATION OF TECHNICAL REQUIREMENTS FOR REGISTRATION OF PHARMACEUTICALS FOR HUMAN USE (ICH). *Guidance on General Considerations for Clinical Trials*, 1997. Disponível em: <www.ich.org>. Acesso em: 10 jul. 2011.

MOREL, C. *et al*. Health innovation networks to help developing countries address neglected diseases. *Science*, 309 (issue 5.733): 401-404, jul. 2005.

NISHIOKA, S. A. & SÁ, P. F. G. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a pesquisa clínica no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(1): 60-62, 2006.

PARAJE, G. *et al*. Increasing international gaps in health-related publications. *Science*, 308 (issue 5.724): 959-960, May 2005.

QUENTAL, C. & SALLES-FILHO, S. Ensaios clínicos: capacitação nacional para avaliação de medicamentos e vacinas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(4): 408-424, 2006.

VIERGEVER, R. F. *et al*. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*, 8: 36, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Public Health, Innovation and Intellectual Propriety Rights*. Genebra: WHO, 2006.

ZAGO, M. A. A pesquisa clínica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2): 363-374, 2004.

9. Trabalho e Emprego em Saúde

Maria Helena Machado

O sistema de saúde no Brasil é operado a partir da ação conjunta e complementar de diversas fontes de financiamento, organizações e prestadores públicos e privados. O Sistema Único de Saúde (SUS) é de acesso universal por força constitucional, uma vez que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo assistência gratuita a todos os cidadãos brasileiros, diferentemente do subsistema privado, restrito àqueles que pagam pelos seus serviços. O SUS opera segundo a lógica de parceria entre o público e o privado, assegurando a assistência gratuita e universal a toda a população brasileira.

Paralelamente e ao mesmo tempo interconectado ao SUS opera o subsistema de saúde suplementar, constituído por seguros e planos de saúde privados. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável pela regulação dos seguros privados de saúde, informa que cerca de 25% da população brasileira é também coberta por planos de saúde. Ainda segundo a ANS, a maioria dos segurados é oriunda da região Sudeste (70%) e está vinculada aos seguros oferecidos pelas empresas (privadas e públicas) aos seus trabalhadores e dependentes.

Nesse conjunto de sistemas e subsistemas de saúde é que se estrutura o mercado de trabalho em saúde, configurando um mercado vigoroso que gera mais de dois milhões e quinhentos mil empregos diretos de saúde, existindo mais de um milhão e meio de trabalhadores qualificados na área de saúde, como será analisado neste capítulo.

Para saber mais sobre seguros e planos de saúde privados no Brasil, leia o capítulo 14.

Para melhor compreender o mercado de trabalho em saúde

Para a melhor compreensão do mercado de trabalho em saúde, alguns conceitos são importantes, uma vez que se trata de mercado de trabalho inserido em um sistema de saúde que tem abrangência e complexidade nacional, ou seja, um sistema integrado e unificado, cujo dever constitucional é o de atender a toda a população brasileira.

Com a Constituição, em 1988 foi criado o **Sistema Único de Saúde** (SUS), que torna a saúde um sistema de acesso universal. Assim, o SUS pode ser definido por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Inclusas neste conceito estão as instituições de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue, hemoderivados e equipamentos para a saúde. Uma análise detalhada sobre o SUS é feita no capítulo 12.

Uma definição central para a análise desse mercado de trabalho é a distinção entre o que vem a ser profissional de saúde, trabalhador de saúde e trabalhador do SUS. São conceitos aparentemente semelhantes, embora guardem diferenças importantes quando se examina, por exemplo, a participação desses profissionais na equipe de saúde ou, até mesmo, quando se busca melhor entendimento sobre a inserção específica do médico, do enfermeiro, do farmacêutico, do psicólogo ou assistente social no mercado de trabalho.

Neste texto, quando se fala de **profissionais de saúde**, faz-se referência a todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, têm formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou a ações de saúde. Já **trabalhadores de saúde** são todos os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. Por sua vez, **trabalhadores do SUS** são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. Nesta última definição, o mais importante é a inserção do trabalhador no SUS.

Outros conceitos frequentemente confundidos como sinônimos são os de emprego de saúde e profissional de saúde, quando se analisa a quantidade de postos de trabalho existentes no setor saúde. Neste capítulo, ao se mencionar 'profissional de saúde', faz-se referência ao número de profissionais ou de trabalhadores no mercado de trabalho, ou seja, ao contingente existente para atuar no setor. Já o conceito de 'emprego de saúde' diz respeito à quantidade de postos de trabalho ocupados aí existentes.

O que deve ser distinguido entre os dois conceitos é o fato de o primeiro (profissional de saúde) estar associado sempre a 1/1, enquanto os empregos de saúde podem estar associados, e quase sempre estão, a 1/2 ou 1/3, dependendo da categoria profissional examinada. Por exemplo: quando se analisa a categoria dos médicos e a dos enfermeiros, a relação se aproxima mais a 1/3, ou seja, cada profissional tem, em média, três empregos ou atividades remuneradas no setor. Essas atividades podem ser ou não precedidas de vínculos formais, o que significa que podem ou não assegurar direitos trabalhistas.

Como foi mencionado, o SUS é um sistema complexo que atua em todos os estados e municípios do país, pelo que é o maior sistema de saúde da América Latina. Certas especificidades importantes a respeito da conformação do sistema de saúde brasileiro são detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Capacidade instalada do sistema de saúde. Brasil – 1980-2009

Capacidade instalada	1980	1992	2002	2005	2009
Estabelecimentos	18.489	49.676	67.612	77.004	94.070
Públicos	10.045	27.092	38.373	45.089	52.021
Privados	8.444	22.584	29.239	31.915	42.049
Estabelecimentos públicos	10.055	27.092	38.373	45.089	52.021
Federais	1.575	1.387	656	1.044	950
Estaduais	5.768	7.043	1607	1.496	1.318
Municipais	2.712	18.662	36.110	42.549	49.753
Leitos	509.168	544.357	471.171	443.210	443.888
Públicos	122.741	135.080	146.319	148.966	119.062
Privados	386.427	409.277	324.852	294.244	324.826
Empregos	573.629	1.438.708	2.180.598*	2.566.694	3.078.518
Públicos	265.956	735.820	1.193.483	1.448.749	1.703.050
Privados	307.673	702.888	987.115	1.117.945	1.375.468
Empregos públicos	265.956	735.820	1.193.483	1.448.749	1.703.050
Federais	122.475	113.987	96.064	105.686	117.232
Estaduais	96.443	315.328	306.042	345.926	382.733
Municipais	47.038	306.505	791.377	997.137	1.203.085
Empregos por nível					
Superior	197.352	452.303	729.747	870.361	1.104.340
Técnico/auxiliar	111.501	310.219	624.331	751.730	889.630
Elementar	264.776	272.846	244.809	294.551	317.056
Categorias profissionais					
Médicos	146.091	307.952	466.110	527.625	636.017
Enfermeiros	15.158	41.501	88.952	116.126	163.099
Odontólogos	16.696	41.509	56.995	71.386	94.136
Técnicos/auxiliares de enfermagem	71.480	267.848	471.904	563.089	648.348
Atendentes de enfermagem	176.891	142.356	60.639	45.587	33.004

* Incluem os empregos administrativos.
Fontes: IBGE, 2006, 2010.

A expansão do setor saúde nas últimas décadas foi extraordinária: em 1980, o setor contava com apenas 18.489 estabelecimentos de saúde, 509.168 leitos e 573.629 empregos de saúde; em 2002, os números passaram em 2005 para 67.612 estabelecimentos, 471.171 leitos (o único segmento que reduziu sua capacidade), e os empregos de saúde apresentaram crescimento vigoroso, contabilizando-se 2.180.598. Esse incremento do sistema de saúde continua, uma vez que dados de 2005 do IBGE indicam essa direção, ao contabilizarem mais de 77 mil estabelecimentos de saúde e mais de dois milhões e quinhentos mil empregos de saúde. Em contrapartida, o comportamento no que se refere aos leitos se mantém em decréscimo, passando para 443.210 em 2005. Por sua vez, tais números ainda são mais expressivos

Para saber mais sobre a oferta de serviços de saúde no país, consulte os capítulos 16, sobre atenção básica; 17, sobre atenção especializada; e 19, sobre atenção hospitalar.

na rede pública municipal: em 1980, essa rede contava com apenas 2.712 estabelecimentos e 47.038 empregos de saúde, passando para 42.549 estabelecimentos e 997.137 empregos em 2005 (Machado, 2005).

Dados atualizados do IBGE (2010) mostram que o setor saúde continua crescendo. Em 2009, contabilizam-se mais de 94 mil estabelecimentos de saúde, 443.888 leitos hospitalares e mais de três milhões de empregos de saúde. Ainda segundo informações do IBGE, o setor público municipal continua em expansão, sendo registrando para aquele ano 49.753 estabelecimentos de saúde e 1.203.085 empregos de saúde.

Desde o final da década de 1980, vem ocorrendo um fenômeno crucial no SUS, o que se denominou 'processo de municipalização do SUS', quando se transferiu a responsabilidade pela assistência à saúde para os municípios, invertendo definitivamente a situação da assistência em saúde e do mercado de trabalho em uma década. Assim analisam Moysés, Teixeira e Pereira (2006: 13-14) esse fato: "Como resultado da ampliação de investimentos municipais e da transferência aos municípios de estabelecimentos públicos integrantes das redes federal e estadual, a rede municipal passou a administrar um maior número de estabelecimentos públicos". Em decorrência disso, se no ano de 1992 existiam 18.662 estabelecimentos de saúde municipais, em 2005 a rede municipal tornou-se responsável pela administração de 42.549 estabelecimentos.

Em 2005, o SUS contava com 443.210 leitos, na proporção de 2,4 leitos/mil habitantes. Em linhas gerais, o país apresentava resultado dentro da média estipulada pela portaria n. 1.101/2002 do Ministério da Saúde, que é de 2,5 a três leitos por mil habitantes. Todavia, é preciso registrar a redução considerável de leitos na década de 1990, quando mais de setenta mil leitos foram desativados em todo o sistema de saúde, em boa parte na região Sudeste. Essa também é a opinião de Moysés, Teixeira e Pereira (2006: 14-15):

> tal redução pode estar refletindo as alterações ocorridas na organização e financiamento do setor saúde e na prática médica que resultaram na desativação de leitos e de estabelecimentos especializados, a exemplo das mudanças de critérios de internação de pacientes crônicos (como na psiquiatria, fora de possibilidade terapêutica, por exemplo), na redução das médias de permanência de pacientes com diferentes patologias, além de terapias e procedimentos que foram redirecionados para tratamento ambulatorial, dispensando internação.

A redução do número de leitos psiquiátricos resultou de processo de reforma psiquiátrica, discutido em detalhe no capítulo 20.

O comportamento dos empregos em saúde no período analisado experimentou transformações fundamentais para a equipe de saúde, invertendo a lógica do atendimento bipolarizado entre o médico e o atendente de enfermagem, típico dos anos pré-SUS. Essa polarização do mercado de trabalho entre médicos e atendentes refletia a constituição do contingente de trabalhadores existente na época. Por exemplo, em 1980, havia basicamente dois tipos de trabalhadores: o altamente qualificado (197.352 profissionais com nível superior) e o com pouca ou nenhuma qualificação (264.776 com nível elementar de escolaridade, pelo que tinham hegemonia na composição). Estes números só se alteraram definitivamente a partir da década de 1990; em 2005, o contingente de mais de dois milhões e quinhentos mil trabalhadores era composto majoritariamente por profissionais qualificados: 751.730 de nível técnico e auxiliar e 870.361 profissionais de nível universitário (Tabela 1).

Dados do IBGE (2010) mostram que houve uma ampliação da participação dos profissionais mais qualificados. Em 2009, o número de empregos de nível superior passou para

1.104.340; o de nível técnico, para 889.630 empregos. O nível elementar foi o que apresentou o menor índice de crescimento, passando para 317.056 empregos.

O crescimento do mercado de trabalho em saúde resulta de grande transformação do sistema de saúde brasileiro nas últimas duas décadas (Machado, Moysés & Oliveira, 2006). No entanto, do ponto de vista das regiões brasileiras, a expansão do sistema na década de 1990 foi bem diferenciada. A região Norte apresentou o maior crescimento no setor privado, uma vez que, em 1992, havia apenas 705 estabelecimentos privados, passando para 1.204 em 2005, crescimento de 71%. Já no setor público, a liderança do crescimento foi assumida pela região Centro-Oeste, onde havia 1.565 estabelecimentos públicos em 1992, passando para 3.413 em 2005, o que mostra incremento de 118%.

Contudo, mesmo com toda a política de municipalização e de descentralização do SUS, vale enfatizar que a concentração detectada anteriormente no tocante aos equipamentos e estabelecimentos de saúde na região Sudeste se manteve nessa década, mostrando a correlação entre o desenvolvimento econômico e o oferecimento de equipamentos públicos sociais, tais como saúde e educação, ainda que tenha se observado leve redução das desigualdades regionais.

Os dados da Tabela 2 e do Gráfico 1 mostram que essa concentração regional ainda persistente na década de 2000 tem efeitos sobre o mercado de trabalho, porquanto a maioria dos profissionais atua nos grandes centros urbanos das regiões mais desenvolvidas do país. Ainda que a concentração de empregos em saúde acompanhe em certa medida a concentração de população nas regiões, observa-se uma proporção mais elevada de empregos em saúde na região Sudeste do que a proporção correspondente da população residente. Assim o Sudeste, que concentra 43% da população do país, dispõe de quase a metade dos 3.078.518 empregos existentes no Brasil em 2009, concentrados mais especificamente em três estados: São Paulo (733.634 empregos), Minas Gerais (337.678 empregos) e Rio de Janeiro (300.168 empregos). Enquanto isso, toda a região Norte, que abrange sete estados, soma apenas 203.995 empregos de saúde, ou seja, 6,6% dos postos de trabalho, uma proporção menor do que sua parcela de população, que corresponde a 8,3% da população do país (IBGE, 2010).

Para refletir
Como você analisa a concentração de profissionais e empregos nos grandes centros urbanos? O que considera importante para mudar tal situação?

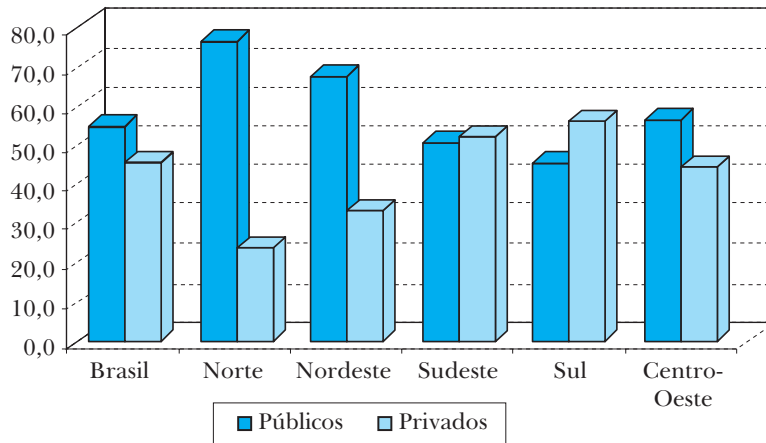
Observa-se, entretanto, a presença diferenciada do poder público nas regiões geográficas do país, evidenciada nas Tabelas 2 (e correspondente Gráfico 1) e 3. As regiões Norte e Nordeste apresentam as mais elevadas taxas de participação do setor público na massa de empregos ofertados na área da saúde: 77,4% dos empregos de saúde da região Norte e 67,7% na região Nordeste são do setor público.

A oferta de empregos públicos é comandada pelo setor municipal, representando mais da metade de todos os empregos públicos do setor, comportamento este presente em todas as regiões. Há que registrar ainda (Tabela 3) que o processo de municipalização tem sido desigual nas regiões: enquanto as regiões Sul e Nordeste apresentam índices acima de 70% de emprego municipal, em 2009, as regiões Norte e Centro-Oeste se mostram mais acanhadas, com percentuais menores.

Tabela 2 – Empregos de saúde por setor empregador segundo grandes regiões e unidades da federação. Brasil – 2009

Grandes regiões e unidades da federação	Total de empregos		Públicos		Privados	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	3.078.518	100,0	1.703.050	55,3	1.375.468	44,7
Norte	203.995	100,0	157.823	77,4	46.172	22,6
Rondônia	21.193	100,0	15.067	71,1	6.126	28,9
Acre	11.480	100,0	9.253	80,6	2.227	19,4
Amazonas	48.045	100,0	39.783	82,8	8.262	17,2
Roraima	9.970	100,0	8.787	88,1	1.183	11,9
Pará	77.515	100,0	55.410	71,5	22.105	28,5
Amapá	10.709	100,0	8.804	82,2	1.905	17,8
Tocantins	25.083	100,0	20.719	82,6	4.364	17,4
Nordeste	767.505	100,0	519.742	67,7	247.763	32,3
Maranhão	71.698	100,0	57.412	80,1	14.286	19,9
Piauí	47.712	100,0	34.883	73,1	12.829	26,9
Ceará	102.360	100,0	75.336	73,6	27.024	26,4
Rio Grande do Norte	57.809	100,0	39.144	67,7	18.665	32,3
Paraíba	62.676	100,0	47.172	75,3	15.504	24,7
Pernambuco	136.112	100,0	89.067	65,4	47.045	34,6
Alagoas	45.015	100,0	30.970	68,8	14.045	31,2
Sergipe	31.736	100,0	20.700	65,2	11.036	34,8
Bahia	212.387	100,0	125.058	58,9	87.329	41,1
Sudeste	1.434.420	100,0	701.066	48,9	733.354	51,1
Minas Gerais	337.678	100,0	181.282	53,7	156.396	46,3
Espírito Santo	62.940	100,0	32.705	52,0	30.235	48,0
Rio de Janeiro	300.168	100,0	168.983	56,3	131.185	43,7
São Paulo	733.634	100,0	318.096	43,4	415.538	56,6
Sul	441.248	100,0	192.431	43,6	248.817	56,4
Paraná	157.549	100,0	76.776	48,7	80.773	51,3
Santa Catarina	99.817	100,0	49.242	49,3	50.575	50,7
Rio Grande do Sul	183.882	100,0	66.413	36,1	117.469	63,9
Centro-Oeste	231.350	100,0	131.988	57,1	99.362	42,9
Mato Grosso do Sul	40.884	100,0	23.496	57,5	17.388	42,5
Mato Grosso	40.744	100,0	27.188	66,7	13.556	33,3
Goiás	85.116	100,0	50.087	58,8	35.029	41,2
Distrito Federal	64.606	100,0	31.217	48,3	33.389	51,7

Fonte: IBGE, 2010.

Gráfico 1 – Empregos de saúde por setor empregador segundo grandes regiões (em percentual). Brasil – 2009

Fonte: IBGE, 2010.

Contudo, diferentemente do Norte, que tem a maior participação do setor estadual (34%) nos empregos públicos, o Sul oferece o maior índice proporcional de empregos públicos federais do país (9%), com especial foco no estado do Rio Grande do Sul. No entanto, dentre os 117.232 empregos federais existentes, 54.609 estão na região Sudeste, dos quais 30.091 no estado do Rio de Janeiro. Tal situação está associada à rede hospitalar federal do estado – em que se localizam hospitais de grande porte e de referência nacional, tais como o Instituto Nacional de Câncer (Inca) e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into) – e ao fato histórico de abrigar a ex-capital federal.

Apesar de o SUS experimentar um espetacular processo de municipalização em todas as regiões, esse processo é bastante diferenciado em alguns estados, especialmente os da região Amazônica (Acre, Amazonas, Roraima e Amapá), mostrando um quadro de oferta de empregos públicos em saúde com forte participação estadual. Esse fato deve ser analisado de forma global na perspectiva de políticas públicas específicas para a região Amazônica, onde, em boa parte, o poder municipal não consegue assumir sozinho a responsabilidade da assistência à população. Para Gerschman (2000: 152),

> o municipalismo brasileiro nasceu sob o signo da dependência do Estado federal e, neste sentido, pouco tempo foi necessário para se descobrir a falência dos novos municípios que, sem a ajuda da federação, não tinham possibilidade de executar a política municipal. A descentralização da política de saúde teve de lidar com a desigualdade existente entre os municípios da Federação, o que levou o processo de regulamentação do setor através das normas operacionais básicas a ter difícil acolhida por parte do complexo panorama municipal. Estavam sempre em jogo as contrapartidas financeiras do SUS, como um elemento de forte resistência e pressão para que a maioria dos municípios não se habilitasse a efetivar o processo de municipalização da saúde.

Conclui a autora que

> as disparidades socioeconômicas entre os estados e regiões são enormes: os indicadores de renda por habitante, esperança de vida, educação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, e de condições de vida e de trabalho da população do Sudeste se aproximam daqueles encontrados nos países desenvolvidos, enquanto os do Nordeste correspondem a um país subdesenvolvido. (Gerschman, 2000: 152)

Tabela 3 – Empregos públicos de saúde por esfera administrativa segundo grandes regiões e unidades da federação. Brasil – 2009

Grandes regiões e unidades da federação	Total de empregos públicos		Federais		Estaduais		Municipais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BRASIL	1.703.050	100	117.232	6,9	382.733	22,5	1.203.085	70,6
Norte	157.823	100	9.745	6,2	53.731	34,0	94.347	59,8
Rondônia	15.067	100	48	0,3	3.806	25,3	11.213	74,4
Acre	9.253	100	122	1,3	4.768	51,5	4.363	47,2
Amazonas	39.783	100	3.933	9,9	19.349	48,6	16.501	41,5
Roraima	8.787	100	1.941	22,1	3.160	36,0	3.686	41,9
Pará	55.410	100	3.158	5,7	11.499	20,8	40.753	73,5
Amapá	8.804	100	347	3,9	4.215	47,9	4.242	48,2
Tocantins	20.719	100	196	0,9	6.934	33,5	13.589	65,6
Nordeste	519.742	100	22.438	4,3	109.942	21,2	387.362	74,5
Maranhão	57.412	100	3.404	5,9	5.260	9,2	48.748	84,9
Piauí	34.883	100	42	0,1	7.853	22,5	26.988	77,4
Ceará	75.336	100	3.192	4,2	11.126	14,8	61.018	81,0
Rio Grande do Norte	39.144	100	2.367	6,0	9.477	24,2	27.300	69,7
Paraíba	47.172	100	2.259	4,8	11.206	23,8	33.707	71,5
Pernambuco	89.067	100	3.589	4,0	26.545	29,8	58.933	66,2
Alagoas	30.970	100	1.414	4,6	6.988	22,6	22.568	72,9
Sergipe	20.700	100	589	2,8	5.295	25,6	14.816	71,6
Bahia	125.058	100	5.582	4,5	26.192	20,9	93.284	74,6
Sudeste	701.066	100	54.609	7,8	161.046	23,0	485.411	69,2
Minas Gerais	181.282	100	13.299	7,3	21.898	12,1	146.085	80,6
Espírito Santo	32.705	100	1.927	5,9	6.740	20,6	24.038	73,5
Rio de Janeiro	168.983	100	37.923	22,4	31.227	18,5	99.833	59,1
São Paulo	318.096	100	1.460	0,5	101.181	31,8	215.455	67,7
Sul	192.431	100	17.407	9,0	20.582	10,7	154.442	80,3
Paraná	76.776	100	4.577	6,0	8.715	11,4	63.484	82,7
Santa Catarina	49.242	100	1.956	4,0	9.531	19,4	37.755	76,7
Rio Grande do Sul	66.413	100	10.874	16,4	2.336	3,5	53.203	80,1
Centro-Oeste	131.988	100	13.033	9,9	37.432	28,4	81.523	61,8
Mato Grosso do Sul	23.496	100	2.885	12,3	2.373	10,1	18.238	77,6
Mato Grosso	27.188	100	1.198	4,4	2.746	10,1	23.244	85,5
Goiás	50.087	100	2.200	4,4	7.846	15,7	40.041	79,9
Distrito Federal	31.217	100	6.750	21,6	24.467	78,4	0	0,0

Fontes: IBGE, 2010.

Para refletir
Viu-se, até agora, que a descentralização do SUS não produziu os mesmos efeitos positivos na distribuição de oportunidades de empregos em todo o país, principalmente nos municípios das regiões Norte e Nordeste. Como você avalia essa situação? Que medidas deveriam ser adotadas pelo poder público para mudar essa realidade?

Caracterização dos empregos de saúde

A formação dos profissionais de saúde para o sistema de saúde é bastante ampla e constitui um complexo sistema educativo composto por escolas de nível superior e de nível técnico-profissional. Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) em 2004, o país possuía 3.223 cursos de saúde de nível superior, assim distribuídos: 507 de biologia; 469 de educação física; 415 de enfermagem; 339 de fisioterapia; 272 de psicologia; 237 de farmácia; 174 de odontologia; 201 de nutrição; 162 de serviço social; 136 de medicina; 119 de medicina veterinária; 99 de fonoaudiologia; 39 de terapia ocupacional e 54 de biomedicina. Vale ressaltar que, exceto os de medicina e de odontologia, todos os cursos da área da saúde experimentaram crescimento sem precedentes na última década (Inep, 2005).

Ainda segundo o Inep, o quantitativo de novos profissionais ofertados ao mercado de trabalho em saúde em 2004 foi bastante expressivo: 15.856 psicólogos; 17.290 profissionais de educação física; 13.631 fisioterapeutas; 14.998 biólogos; 13.965 enfermeiros; 9.056 odontólogos; 10.037 farmacêuticos; 9.339 médicos; 5.278 assistentes sociais; 5.096 nutricionistas; 4.223 médicos veterinários; 2.481 fonoaudiólogos; 897 terapeutas ocupacionais e 738 biomédicos (Inep, 2005). Contudo, deve-se considerar o novo ciclo de abertura de escolas de saúde verificado a partir do final da década de 1990. Por exemplo, em 1995, o Inep registra que foram formados 52.638 profissionais de saúde e que, em 2004, este quantitativo subiu para 122.885. Se feita a projeção de cinco anos, considerando o novo *boom* de escolas de saúde, pode-se afirmar que o mercado de trabalho terá à disposição uma oferta anual do dobro e, em alguns casos, do triplo de mão de obra disponível em 2004. Tal fato, se não for acompanhado de políticas públicas regulatórias e adequadas, poderá produzir desequilíbrios entre a oferta e a demanda no mercado de trabalho para algumas profissões, acentuando as desigualdades geográficas já existentes.

Dados extraídos dos *sites* dos conselhos profissionais, em 2010, apontam que estão registrados 342.043 médicos (CFM); 104.564 farmacêuticos (CFF); 138.533 enfermeiros (Cofen); 226.281 odontólogos (CRO); 134.197 psicólogos (CRP), entre outros. Estes dados permitem correlacionar profissional/população, estimando: 18,4 médicos/10.000 hab.; 5,6 farmacêuticos/10.000 hab.; 7,4 enfermeiros/10.000 hab.; 12,2 odontólogos/10.000 hab. e 7,2 psicólogos/10.000 hab.

É importante registrar, no entanto, que se trata de um mercado de trabalho constituído por atividades que requerem o uso de mão de obra intensiva, a despeito do incremento de novas tecnologias crescentemente incorporadas nas atividades da saúde. Isso porque no setor saúde ocorre quase sempre o oposto do que se observa em outros setores da atividade econômica: com a modernização, seja de novos produtos, seja de instrumentos e equipamentos

propedêuticos e terapêuticos, na maioria das vezes acrescentam-se novas qualificações para sua operação, fazendo crescer, no final das contas, a demanda efetiva por força de trabalho.

Estudiosos já analisaram esse fenômeno, qual seja, o caráter cumulativo e não substitutivo da mão de obra na saúde (Vieira, Rego & Amâncio Filho, 2006); em outras palavras, quanto mais tecnologia se emprega no setor saúde, mais se absorve mão de obra especializada, sem necessariamente dispensar as já existentes nas equipes de saúde. Tal situação pode ser exemplificada com a crescente incorporação de profissionais com especializações diversas, com o aparecimento de novas profissões e ocupações que compõem a equipe de saúde e com os novos equipamentos médicos que acabam por requisitar profissionais altamente especializados, não só para operá-los como também para fazer a devida correlação entre o ato profissional e o uso tecnológico. Ou seja: o setor saúde, pela natureza de suas atividades e pelos serviços prestados, leva à absorção cada vez maior de profissionais de diversificada formação.

De qualquer modo, o fenômeno de aumento da escolarização vem produzindo efeitos positivos na composição da força de trabalho em saúde, que mostra visíveis aumentos da escolaridade. A Tabela 4 e o Gráfico 2 mostram esse comportamento, pois mais de 64% do contingente empregado no setor saúde em 2009 é composto por profissionais de nível superior e técnico. Contudo, há ainda índices discrepantes nas regiões Norte e Nordeste em comparação às demais regiões do país. Nessas duas regiões se utiliza bastante a mão de obra de escolaridade elementar, em boa parte constituída por agentes comunitários de saúde, ou seja, 15% e 17%, respectivamente, em comparação aos índices do Sudeste, que são de 7%, e do Sul, de 9%, no uso dessa mão de obra.

Os desafios para a formação dos profissionais de saúde no Brasil são discutidos no capítulo 29. Confira.

Registre-se também que o estado do Rio de Janeiro tem o maior índice de profissionais de nível superior do país na composição de seu mercado de trabalho de saúde, com 41%, seguido do Rio Grande do Sul, com 37%. Os menores índices ficam com os estados de Tocantins, com 25%, e Maranhão, com 26% de profissionais de nível superior. Os dados mostram igualmente a expressiva participação de profissionais administrativos no setor, representando mais de um quarto de todo o contingente de empregos de saúde do setor, distribuídos de forma quase homogênea em todos os estados do Brasil.

Tabela 4 – Empregos em saúde por nível de escolaridade segundo grandes regiões e unidades da federação. Brasil – 2009

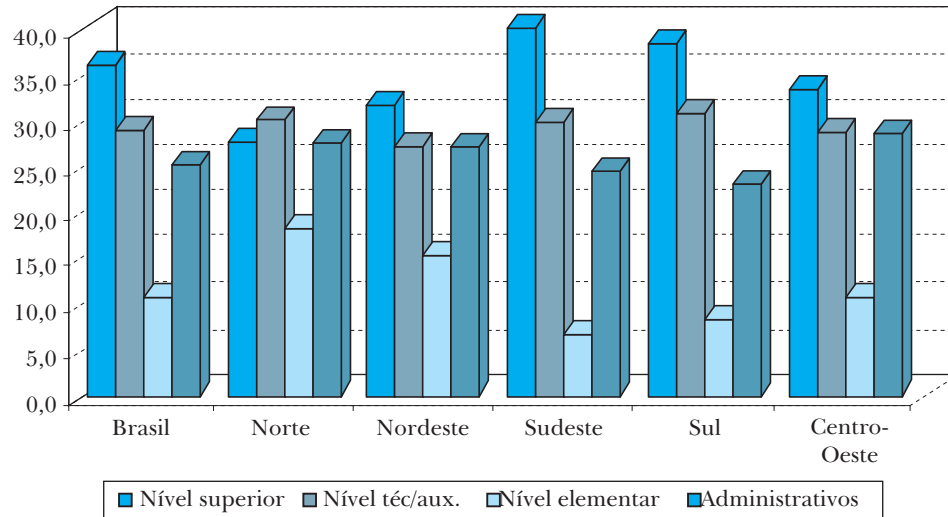
Grandes regiões e unidades da federação	Total de empregos		Nível superior		Nível téc./aux.		Nível elementar		Administrativos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	3.078.518	100,0	1.104.340	35,9	889.630	28,9	317.056	10,3	767.492	24,9
Norte	203.995	100,0	55.605	27,3	60.109	29,5	35.511	17,4	52.770	25,9
Rondônia	21.193	100,0	6.035	28,5	6.239	29,4	3.429	16,2	5.490	25,9
Acre	11.480	100,0	3.093	26,9	3.091	26,9	2.249	19,6	3.047	26,5
Amazonas	48.045	100,0	12.542	26,1	15.716	32,7	7.335	15,3	12.452	25,9
Roraima	9.970	100,0	2.737	27,5	3.023	30,3	1.412	14,2	2.798	28,1
Pará	77.515	100,0	22.201	28,6	21.463	27,7	14.597	18,8	19.254	24,8
Amapá	10.709	100,0	2.770	25,9	3.483	32,5	1.772	16,5	2.684	25,1
Tocantins	25.083	100,0	6.227	24,8	7.094	28,3	4.717	18,8	7.045	28,1
Nordeste	767.505	100,0	236.397	30,8	207.824	27,1	116.976	15,2	206.308	26,9
Maranhão	71.698	100,0	18.338	25,6	20.843	29,1	15.302	21,3	17.215	24,0
Piauí	47.712	100,0	13.863	29,1	12.839	26,9	7.770	16,3	13.240	27,7
Ceará	102.360	100,0	31.916	31,2	28.313	27,7	16.556	16,2	25.575	25,0
Rio Grande do Norte	57.809	100,0	19.133	33,1	16.992	29,4	7.085	12,3	14.599	25,3
Paraíba	62.676	100,0	20.455	32,6	15.350	24,5	8.807	14,1	18.064	28,8
Pernambuco	136.112	100,0	42.409	31,2	37.672	27,7	18.624	13,7	37.407	27,5
Alagoas	45.015	100,0	12.416	27,6	12.577	27,9	7.574	16,8	12.448	27,7
Sergipe	31.736	100,0	9.815	30,9	8.286	26,1	5.311	16,7	8.324	26,2
Bahia	212.387	100,0	68.052	32,0	54.952	25,9	29.947	14,1	59.436	28,0
Sudeste	1.434.420	100,0	567.707	39,6	421.907	29,4	102.500	7,1	342.306	23,9
Minas Gerais	337.678	100,0	126.377	37,4	93.466	27,7	38.237	11,3	79.598	23,6
Espírito Santo	62.940	100,0	23.368	37,1	18.179	28,9	7111	11,3	14.282	22,7
Rio de Janeiro	300.168	100,0	122.442	40,8	92.718	30,9	16.933	5,6	68.075	22,7
São Paulo	733.634	100,0	295.520	40,3	217.544	29,7	40.219	5,5	180.351	24,6
Sul	441.248	100,0	167.446	37,9	134.476	30,5	38.353	8,7	100.973	22,9
Paraná	157.549	100,0	61.131	38,8	44.450	28,2	15.987	10,1	35.981	22,8
Santa Catarina	99.817	100,0	38.120	38,2	29.664	29,7	11.025	11,0	21.008	21,0
Rio Grande do Sul	183.882	100,0	68.195	37,1	60.362	32,8	11.341	6,2	43.984	23,9
Centro-Oeste	231.350	100,0	77.185	33,4	65.314	28,2	23.716	10,3	65.135	28,2
Mato Grosso do Sul	40.884	100,0	13.226	32,4	10.878	26,6	5.089	12,4	11.691	28,6
Mato Grosso	40.744	100,0	12.290	30,2	11.115	27,3	6.377	15,7	10.962	26,9
Goiás	85.116	100,0	27.582	32,4	24.127	28,3	9.148	10,7	24.259	28,5
Distrito Federal	64.606	100,0	24.087	37,3	19.194	29,7	3.102	4,8	18.223	28,2

Fonte: IBGE, 2010.

Gráfico 2 – Empregos em saúde por nível de escolaridade segundo grandes regiões (%). Brasil – 2009

40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0

Brasil Norte Nordeste Sudeste Sul Centro-Oeste

Nível superior Nível téc/aux. Nível elementar Administrativos

Fonte: IBGE, 2010.

Outra questão fundamental para se entender a dinâmica do mercado de trabalho em saúde é a característica multidisciplinar do processo de trabalho, constituído por equipes multiprofissionais em que cada vez mais a presença de profissionais diversificados e especializados é crescente e necessária. Segundo os dados da Tabela 5, os médicos representam 20%; os enfermeiros, 5,3%; os odontólogos, 3,1%; os técnicos e auxiliares de enfermagem, 21,1%; e os agentes comunitários de saúde, 7,3%. Mesmo tendo ocorrido crescimento da participação de outros profissionais de saúde, a equipe de saúde continua sendo uma equipe com baixa participação, por exemplo, dos enfermeiros, especialmente se comparados com técnicos e auxiliares. A participação dos técnicos em suas diversas áreas de atividades é realidade em franco processo de expansão.

Contudo, o multiprofissionalismo na composição da equipe de nível superior já é uma realidade, uma vez que a participação de odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas na composição da equipe de saúde tem aumentado nas últimas décadas. Em 1992 o Brasil contava com 307.952 empregos médicos, 41.501 de enfermeiros, 41.509 de odontólogos e 6.908 de farmacêuticos. Uma década depois esses números se alteram fortemente, registrando em 2002: 466.110 empregos médicos, 88.952 de enfermeiros, 56.995 de odontólogos e 28.670 de farmacêuticos (Machado & Oliveira, 2006).

Tabela 5 – Empregos em saúde segundo as categorias profissionais. Brasil – 2009

Categorias profissionais	n	%
Total de empregos	3.078.518	100,0
Médicos	616.625	20,0
Enfermeiros	163.099	5,3
Odontólogos	94.136	3,1
Farmacêuticos/Bioquímicos	39.988	1,3
Fisioterapeutas/Terapeutas ocupacionais	50.268	1,6
Psicólogos	28.369	0,9
Assistentes sociais	18.586	0,6
Nutricionistas	19.217	0,6
Fonoaudiólogos	15.790	0,5
Técnicos e auxiliares de enfermagem	648.348	21,1
Atendentes	33.004	1,1
Agentes comunitários de saúde	225.994	7,3
Categorias administrativas	767.492	24,9
Outras categorias	261.470	8,5

Fonte: IBGE, 2010.

Dados do IBGE em 2009, apresentados na Tabela 6, confirmam a hegemonia médica na equipe multiprofissional de nível universitário. No entanto, é preciso registrar que, além da participação mais expressiva de médicos (55,8%) e enfermeiros (14,8%) na equipe, os demais profissionais apresentam participações crescentemente maiores – odontólogos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e, mais recentemente, farmacêuticos, que tiveram crescimento de sua participação nos últimos anos.

Tabela 6 – Empregos em saúde de nível superior segundo as categorias profissionais. Brasil – 2009

Categorias profissionais	n	%
Total	1.104.340	100,0
Médicos	616.625	55,8
Enfermeiros	163.099	14,8
Odontólogos	94.136	8,5
Bioquímicos /Farmacêuticos	39.988	3,6
Fisioterapeutas/Terapeutas ocupacionais	50.268	4,6
Psicólogos	28.369	2,6
Assistentes sociais	18.586	1,7
Nutricionistas	19.217	1,7
Fonoaudiólogos	15.790	1,4

Fonte: IBGE, 2010.

Por sua vez, o comportamento da equipe técnica se mostra bastante heterogêneo, com participações díspares (Tabela 7), em que há forte hegemonia dos profissionais de enfermagem, que somam mais de 80% de todos os empregos técnicos de saúde. A fraca participação dos demais técnicos especializados em radiologia médica, saúde oral, laboratório etc. pode ser vista nos baixos índices representados pelos técnicos e auxiliares em laboratório (4%) e pelos técnicos em radiologia médica (4%).

A análise feita por Machado e Oliveira (2006) salienta que a mudança da composição da equipe de saúde no setor público na década de 1990 não foi tão positiva porque, apesar do aumento da participação de profissionais de nível superior, empregos de nível elementar dobraram na década. Em 1992, a equipe era composta por 234.372 profissionais de nível superior, 172.266 de técnicos auxiliares e 131.050 de nível elementar, passando em 2002 para 365.842, 328.186 e 216.095, respectivamente. Uma explicação plausível para esse comportamento é a nova inserção de mão de obra de baixa escolaridade no setor, os agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS, profissional que na Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária do IBGE é computado no nível elementar, cresceu de forma exponencial nesse período, especialmente no setor público municipal, chegando em 2009 (Tabela 5) a 225 mil trabalhadores inseridos na equipe (IBGE, 2010).

> Outra explicação refere-se à forma constitucional de inserção no setor público, ou seja, concurso. Sendo esta a única modalidade regular de acesso ao emprego e sendo vedada pela Constituição a ascensão funcional sem concurso público, é possível que se tenha um número razoável de trabalhadores de nível elementar com escolaridade superior ao exigido, mas impossibilitado de ascensão funcional. (Machado & Oliveira, 2006: 64)

Tabela 7 – Empregos em saúde de nível técnico e auxiliar segundo categorias profissionais. Brasil – 2009

Categorias profissionais	n	%
Total de Técnicos e Auxiliares	889.630	100,0
Auxiliar de enfermagem	317.420	35,7
Técnico de enfermagem	330.928	37,2
Técnico e auxiliar de farmácia	24.071	2,7
Técnico e auxiliar de laboratório	36.206	4,1
Técnico e auxiliar em nutrição e dietética	10.280	1,2
Técnico e auxiliar em fisioterapia/reabilitação	3.506	0,4
Técnico em saúde oral	37.010	4,2
Técnico e auxiliar em vigilância sanitária e ambiental	3.567	0,4
Técnico em equipamentos médico-hospitalares	4.504	0,5
Técnico em radiologia médica	38.333	4,3
Técnico e auxiliar em hematologia	3.874	0,4
Técnico e auxiliar em histologia	803	0,1
Técnico em citologia/citotécnica	1.694	0,2

Fonte: IBGE, 2010.

Para refletir
Outro aspecto importante aqui abordado refere-se à composição das equipes de saúde. O Brasil vem formando muitos profissionais nas diversas áreas da saúde, mas a absorção deles pelo SUS é ainda pequena, causando certo desequilíbrio entre oferta e demanda. O que você pensa dessa situação? Você considera adequada, do ponto de vista quantitativo, a participação dos técnicos na equipe de saúde?

Autores que estudam a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, com foco nas questões da gestão do trabalho, mostram o perigoso desequilíbrio entre oferta e demanda decorrente da política de desregulação da formação de profissionais, implementada nos anos 90, bem como a falta de políticas adequadas de gestão do trabalho também nesses anos – o que causou a precarização dos vínculos empregatícios no SUS e, em muitos casos, o 'desabastecimento' de profissionais especializados (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e técnicos em laboratório, por exemplo) nas unidades de saúde do SUS (Pierantoni, Varella & França, 2006).

O mercado de trabalho em saúde se mostra com problemas estruturais que, aliados às políticas setoriais recentes, às transformações do mundo do trabalho e a processos de expansão na atenção básica, teriam aprofundado as tensões e os problemas preexistentes como listados a seguir:

> desigualdades de ofertas do mercado educativo para a formação profissional na área da saúde, tanto quantitativas (concentrações regionais, por exemplo) como qualitativas (proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação e dependências administrativas, práticas pedagógicas excludentes de uma visão de integralidade e de trabalho em equipe, por exemplo); intensificação e 'privilegiamento' das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde, sem amparo legal, gerando um alto nível de precarização em todo o País; precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como do de prestação de serviços da área da Saúde, *vis-à-vis* a velocidade e qualidade das mudanças do sistema, por exemplo, incremento de mecanismos de participação social, entre outros. (Pierantoni, Varella & França, 2006: 33-34)

Convém mencionar que o dinamismo do mercado de trabalho em saúde revela-se também no fato de que ele corresponde a mais de 10% da massa salarial gerada na economia formal. Destaque-se ainda a importância do setor público como empregador, quanto aos salários pagos e ao volume de tributos recolhidos, assim como a renda gerada pelos diversos serviços que envolvem a área.

Outra análise feita em 2005 sobre os problemas que envolvem a gestão do trabalho no SUS nesse processo a partir da Reforma Sanitária mostra que os anos 90 – de consolidação do SUS – foram o período da 'antipolítica' de recursos humanos. Os fatos são claros: o SUS passou a década de sua implementação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de recursos humanos compatível com a sua concepção universalista. Isso permitiu, entre outras questões: 1) que os trabalhadores não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional; 2) que a renovação e a expansão de novos profissionais não se dessem de forma correlata em termos constitucionais, e sim por meio da precarização do trabalho, criando assim um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas, nos moldes do início do século XX; 3) que a expansão das equipes com a entrada de novas profissões e

ocupações se desse de forma anárquica, sem regulamentação e pouco comprometida com os preceitos do SUS; 4) que a expansão de novos cursos de saúde ocorresse sem critérios coerentes de qualificação do trabalho no SUS (Machado, 2005).

Considerações finais

Em síntese, o mercado de trabalho em saúde apresenta características próprias e representa um segmento de grande importância para a economia brasileira, uma vez que gera diretamente mais de dois milhões e meio de empregos diretos e outros milhares indiretos, na indústria farmacêutica, nos estabelecimentos de ensino e pesquisa, por exemplo. É um setor que mostra um crescente e dinâmico mercado de oferta e demanda de profissionais e empregos.

As seguintes características merecem ser aqui destacadas: 1) apesar da progressiva incorporação tecnológica em diversos setores, a saúde continua a absorver crescentemente um contingente expressivo de mão de obra qualificada (técnica e profissional), não substituindo assim a mão de obra por máquinas e equipamentos, como ocorre em outros setores da economia; 2) a participação do setor público na oferta e demanda de empregos é hegemônica, considerando o total de empregos existentes no país; 3) o setor privado, complementar ao SUS, atua de forma seletiva no segmento hospitalar e nos serviços de apoio à diagnose e à terapia; 4) a participação dos municípios na oferta e demanda de empregos públicos é hegemônica e com tendência ao crescimento, tornando-se o maior e mais importante empregador do SUS; 5) a incorporação de novas categorias profissionais na equipe de saúde é fato em franco processo de crescimento, e na composição da equipe de saúde ocorrerá, em futuro próximo, maior equilíbrio entre os níveis de escolaridade e entre os diversos profissionais de nível universitário; 6) o aumento da escolaridade dos trabalhadores da saúde é um fato positivamente irreversível; 7) o predomínio do multiemprego, presente em quase todas as categorias profissionais, tende a se firmar não só pela dupla militância de trabalho nos dois setores, público e privado, como pela demanda crescente de redução de jornadas de trabalho e dos direitos legais de acúmulo de empregos, como ocorre presentemente com os médicos, odontólogos e os enfermeiros em vários municípios e estados do país; 8) a participação hegemônica das mulheres no contingente de saúde em quase todas as profissões é fato com tendência ao crescimento, além de o setor saúde ser eminentemente feminino.

Todavia, não há como deixar de ressaltar alguns problemas ocorridos na década de 1990 e que ainda perduram, influenciando de forma decisiva o mercado de trabalho em saúde, fruto de equivocada política nacional de recursos humanos, a qual não primou em valorizar o trabalho. Fala-se de

> uma forte tendência de desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho sobre a qualidade do emprego no setor saúde. As mudanças estruturais seguramente afetaram os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos de modo heterogêneo. Parte da tendência à terceirização e cooperativização parece, em muitos locais, ser a única alternativa disponível para manter certos programas em funcionamento. As limitações da lei de Responsabilidade Fiscal e disseminação das cooperativas de profissionais no SUS, em situações distintas, caracterizadas de um modo geral em mediações feitas por empresas privadas e ONGs, são situações características que se colocaram na gestão do trabalho no SUS, atingindo mais fortemente os municípios. (Machado, Moysés & Oliveira, 2006: 96)

Como se procurou apresentar aqui, o mercado de trabalho em saúde tem-se mostrado nas últimas décadas um setor da economia capaz de manter o crescimento, apesar dos efeitos não só da crise dos anos 90 como também da desorganização da gestão do sistema de saúde, no que tange à área de recursos humanos e da política neoliberal, que incentivou a precarização do trabalho e a contratação irregular de contingente expressivo de trabalhadores.

O desafio que se impõe hoje ao setor é a necessidade de superar os obstáculos econômicos, políticos e éticos no tocante à qualidade dos serviços prestados à população usuária do Sistema Único de Saúde. Por fim, crescer com qualidade, prestar serviços com ética e compromisso social tornaram-se os maiores e verdadeiros desafios para todos nós, os trabalhadores da saúde.

Leituras recomendadas

CACCIAMALI, M. C. *Desgaste na Legislação Laboral e Ajustamento do Mercado de Trabalho Brasileiro*. São Paulo: Geep/FEA/USP, 1997.

CHERCHIGLIA, M. L.; GIRARDI, S. N. & VIEIRA, R. C. *Remuneração e Produtividade: o caso da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – 1992-95*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 1999.

HADDAD, A. E. *et al*. (Orgs.) *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde: 1991-2004*. Brasília: MEC/Inep, 2006.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. & OLIVEIRA, E. (Orgs.) *Trabalhadores de Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v. 2.

POCHMANN, M. Balanço de duas décadas do emprego no Brasil. *Formação*, 6: 5-14, 2002.

Sites de interesse

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária: www.ibge.gov.br

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep): www.inep.gov.br

Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud: www.observarh.org/

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH): www.observarh.org.br

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Site*. Disponível em: <www.ans.gov.br>.

GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Revista de Administração Pública*, 34(4): 147-170, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Censo da Educação Superior 2004: resumo técnico*. Brasília: Inep, 2005.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, M. H. & OLIVEIRA, E. Mercado de Trabalho em Saúde: em que trabalham? *In*: MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. & OLIVEIRA, E. (Orgs.) *Trabalhadores de Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v. 2.

MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. & OLIVEIRA, E. (Orgs.) *Trabalhadores de Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v. 2.

MOYSÉS, N.; TEIXEIRA, M. & PEREIRA, S. Estrutura da rede de serviços de saúde: onde atuam os trabalhadores de saúde? *In*: MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. & OLIVEIRA, E. (Orgs.) *Trabalhadores de Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v. 2.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T. & FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *Cadernos de RH*, 1: 29-40, mar. 2006.

VIEIRA, A.; REGO, S. & AMÂNCIO FILHO, A. Formação de profissionais de saúde: em que formam e quem forma estes trabalhadores? *In*: MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. & OLIVEIRA, E. (Orgs.) *Trabalhadores de Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v. 2.

Parte III

Sistema de Saúde Brasileiro: história e configuração atual

10. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista

Sarah Escorel
Luiz Antonio Teixeira

O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Este capítulo trata da formulação e do desenvolvimento das políticas que conformaram o sistema de saúde no Brasil em três grandes períodos: do final do Império à República Velha, a era Vargas e o período do 'desenvolvimentismo populista', encerrado com o golpe militar que depôs João Goulart. Em cada conjuntura, foram examinados de maneira articulada os elementos políticos, socioeconômicos e sanitários.

O primeiro período retrata o momento de formulação das primeiras ações governamentais de saúde, ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas. Já o processo de modernização do Estado Nacional, instituído durante a era Vargas, regulou as relações de trabalho e transformou a agenda da política de saúde, que passou a incorporar os trabalhadores ao instituir as bases do sistema previdenciário. A criação do Ministério da Saúde e a incorporação extensiva da assistência médica, configurando um modelo mais abrangente de previdência social, são as principais características do terceiro momento.

As políticas de saúde entre o final do Império e a Primeira República

Durante a Colônia, e mesmo no início do Império, os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente ao mundo da medicina. Nesse longo período, a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia. Membros da elite, estes agentes da medicina oficial se radicavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros diversos e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como os existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, que, desde o início do período colonial, foram fundados em algumas regiões mais populosas do país.

No que tange aos problemas de saúde, os brasileiros eram vítimas de diversas dificuldades, relacionadas ao ambiente e ao modo de vida e trabalho existentes. Escravos, indígenas e outros colonos, pertencentes aos estratos econômicos mais baixos da população, eram as principais vítimas de parasitas intestinais, doenças determinadas pela carência de nutrientes e doenças transmissíveis também relacionadas ao enfraquecimento, como a tuberculose, que se acredita ter chegado ao país antes dos colonizadores. Além desses males, a varíola foi uma doença epidêmica que tirou a vida dos brasileiros desde o início da colonização. A partir de meados do século XIX a ela se juntariam diversas doenças transmissíveis, como a febre amarela, a sífilis e a malária, que muitas vezes atacavam as cidades em fortes epidemias.

O pequeno número de médicos de formação e a inexistência de ações governamentais visando à saúde num quadro de dificuldades sanitárias mostram o pouco alcance da medicina oficial, que, por muito tempo, teve de disputar com diversos agentes de cura a prerrogativa de se responsabilizar pela saúde dos brasileiros. No período colonial, as ações dos poderes públicos no campo da saúde se restringiram à regulamentação das artes de curar, realizada por tribunais portugueses que expediam licenças, autorizando a prática aos diversos tipos de postulantes que comprovassem experiência. Da mesma forma que os físicos cirurgiões (médicos cirurgiões) e boticários (farmacêuticos), outros agentes de cura sem formação acadêmica, como parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e diversos tipos de curandeiros, obtinham licenças para exercer suas funções em localidades específicas e por tempo determinado.

Em 1808, com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras: a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de Saúde. Cabe à primeira fiscalizar o exercício da medicina, mas suas responsabilidades se limitaram, quase exclusivamente, ao estabelecimento de exames para habilitar os interessados em trabalhar oficialmente nas artes da cura e, principalmente, na aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem a habilitação legal. A Provedoria-mor de Saúde, também dirigida pelo físico-mor, tinha como objetivo garantir a salubridade da Corte, atuando na fiscalização dos navios para impedir a chegada de novas doenças em nossas cidades costeiras.

Com o processo de Independência, as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina deixaram de ser responsabilidade de instituições ligadas à Coroa portuguesa. Em 1828, foi extinta a Fisicatura-mor e as atividades de saúde ficaram sob a alçada das câmaras municipais existentes nas diversas regiões do país. Atuando de forma totalmente descentralizada, os municípios acabaram agindo de acordo com os interesses e as necessidades locais, normalmente definidos pela classe senhorial. Suas ações, na maioria das vezes, se resumiam à vacinação antivariólica em períodos de epidemias, tentativas de controle da entrada de escravos doentes nas cidades, expulsão das áreas urbanas de acometidos por doenças contagiosas, principalmente os leprosos, e a diversas medidas de purificação do ambiente – como a cremação de ervas e a destruição de lixo – de que a medicina do período fazia uso no combate às epidemias.

Com a Independência, surgiram no país as primeiras faculdades e agremiações médicas. Em 1829, foi criada na Corte a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em 1831 em Academia Imperial de Medicina. Em 1832, os cursos médicos cirúrgicos existentes na Bahia e no Rio de Janeiro foram transformados em faculdades de Medicina, passando a expedir diplomas de médicos, farmacêuticos e parteiras. Apesar dessas iniciativas, o avanço

da medicina oficial não ampliou de pronto os cuidados com a saúde da população, que permaneceu, ainda por muito tempo, recorrendo a diversos agentes de cura, denominados pelos médicos de charlatões.

Em meados do século XIX, num contexto de crise sanitária e centralização do poder imperial, inaugurado com o fim do período regencial, a autonomia municipal em relação às ações de saúde começaria a diminuir. A degradação do quadro sanitário do país em muito se deveu ao recrudescimento de epidemias, principalmente as de febre amarela. A doença aparecera de forma epidêmica em Pernambuco e na Bahia no final do século XVII. Não há notícias de outras epidemias no período colonial. Em 1849, a febre amarela voltaria a atacar a Bahia, de onde se alastrou para diversas regiões litorâneas, chegando ao Rio de Janeiro ainda no mesmo ano. A partir de então, a doença visitaria constantemente a cidade, transformando-se num pesadelo para a população e para os governantes, pelo grande número de mortes que causava e, também, pelo estigma que gerava em relação à capital do Império. Tal qual a febre amarela, a varíola também passou a atingir mais fortemente a capital do Império na segunda metade do século XIX, a despeito de existir na cidade uma instituição governamental responsável pela difusão da vacina antivariólica, descoberta pelo médico inglês Edward Jenner, no final do século anterior (Benchimol, 1990).

Em fevereiro de 1808 foi criada a primeira escola de medicina na Bahia e, em novembro do mesmo ano, a Escola de Medicina, Anatomia e Cirurgia, no Rio de Janeiro. Parte da história sobre as faculdades de medicina no Brasil pode ser encontrada no *site* da Academia Nacional de Medicina, onde você também pode ler sobre a história dessa agremiação médica (www.anm.org.br/historia.asp).

Para responder a esse quadro, o governo imperial empreendeu uma reforma nos serviços de saúde. Ainda em 1846, a Junta Vacínica da Corte foi transformada em Instituto Vacínico do Império, somando à atribuição de proceder à vacinação antivariólica na Corte as atividades de fiscalização dos serviços locais de vacinação a serem criados pelas diversas câmaras municipais. Entre 1849 e 1851, estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuadas pelas provedorias de saúde criadas nas províncias. Em seu organograma constava, ainda, a Inspetoria de Saúde dos Portos, responsável pela fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais do país. Vale notar que, por todo esse período, a ínfima atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas, em tempos de epidemias, e à internação dos loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841 pelo poder imperial. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas, como as Santas Casas, que tinham hospitais em diversas cidades ou eram geridos por entidades mutualistas, como a Beneficência Portuguesa e outras instituições desse tipo, que aos poucos foram criadas nas grandes cidades do país.

Você pode conhecer mais sobre a criação do Hospício de Pedro II consultando o capítulo 20.

Polícia sanitária

Ainda no século XVII, sob a égide do mercantilismo, os documentos oficiais dos Estados alemães utilizavam o termo ‘polícia’ para designar vários ramos do campo da administração pública, ficando a administração da saúde com a designação de ‘polícia médica’. Esta expressão por muito tempo acompanhou os procedimentos determinados pelas legislações voltadas para a saúde, assim como as ações específicas postas em prática pelos diversos Estados nesse campo. No século XVIII, com o advento da medicina social, a polícia médica passa a caracterizar, de uma forma mais geral, a política dos Estados em relação à saúde, se conformando como uma política sanitária. No século XIX, com o desenvolvimento das práticas higienistas direcionadas à melhoria das condições ambientais como forma de prevenção contra doenças, a polícia médica torna-se um extenso corpo de legislação que regulamentava os diversos aspectos concernentes à limpeza

e aeração do ambiente urbano. Com esse objetivo, voltava-se para a fiscalização das habitações, dos cemitérios, dos portos e das embarcações, da comercialização de alimentos, dos ambientes de trabalho e até da higiene pessoal.

Santas Casas da Misericórdia

Desde o século XVI, existiam em quinze cidades brasileiras hospitais da Santa Casa da Misericórdia, "quase todos modestos e em permanente estado de penúria, provendo assistência a uma população de indigentes e moribundos". Os quatro hospitais abertos no século XVIII pelas Ordens Terceiras de São Francisco e do Carmo se dedicavam ao acolhimento exclusivo dos confrades; posteriormente, muitos outros foram criados com o objetivo de atender a todos os necessitados. Em suas dependências, os internos recebiam ajuda material e espiritual. Além disso, os hospitais contavam com a visita diária de um médico. No hospital da Misericórdia da Santa Casa no Rio de Janeiro, inaugurado em 1582, seriam ministradas as aulas práticas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Edler, 2010: 38).

A partir de meados do século XIX, foi instituído um modelo mais centralizado para as atividades de saúde, em que o poder central atuava na normatização dos serviços, cabendo aos poderes locais a responsabilidade pela alocação de recursos e execução das ações. No entanto, esse formato se mostrou ineficiente, pela incapacidade de o governo central trabalhar em conjunto com as províncias. Com exceção do município da Corte, o governo imperial pouco se dispôs a transferir recursos para as províncias, mesmo em momentos de crises epidêmicas.

A organização dos serviços de saúde permaneceu sem grandes mudanças até a última década do Império. Num contexto de desenvolvimento urbano das principais capitais do Sudeste e de preocupação governamental com a permanente ampliação do ingresso de mão de obra para a agricultura cafeeira, os serviços de saúde passariam por uma nova reforma em 1886. Para substituir os extintos Junta Central de Higiene Pública e Instituto Vacínico, foi criado o Conselho Superior de Saúde Pública, formado pela Inspetoria Geral de Higiene – encarregada da higiene terrestre, com prioridade para a capital – e pela Inspetoria de Saúde dos Portos – responsável pela manutenção das condições higiênicas dos portos (Costa, 1985).

Embora ampliasse um pouco mais a centralização, os serviços de saúde continuavam os mesmos. A maior novidade do período foi a introdução no país de uma nova técnica de vacinação contra a varíola que utilizava uma vacina produzida a partir das pústulas de vitelos previamente inoculados com o vírus *cowpox*. Trazida ao país em 1887, pelo médico Pedro Affonso Franco, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, a utilização da linfa animal permitia a criação de um serviço de vacinação regular para a inoculação contínua num maior número de pessoas. O próprio Pedro Affonso, em pouco tempo, obteve subsídios do governo imperial para montar um serviço de vacinação na Santa Casa, onde passou a fabricar a vacina, proceder à vacinação e distribuir linfa para diversas inspetorias de higiene do país (Fernandes, 1999).

Apesar da ampliação das atividades de saúde no final do período imperial, as estruturas dos serviços de saúde continuavam as mesmas, fortemente relacionadas à capital do Império e dando as costas para o resto do país. Tal situação deixava em penúria a maioria dos municípios, sendo exceção somente os mais ricos.

Vacinação contra varíola

A varíola é conhecida desde a Antiguidade e, já em épocas muito remotas, desenvolveram-se em diversas culturas formas de inoculação do material proveniente das pústulas de variolosos em pessoas sãs, como forma de proteção contra a doença. Muito utilizada na Europa do século XVIII, este procedimento passou a ser conhecido como variolização. A vacina surgiu no final do século XVIII, quando o médico inglês Edward Jenner, a partir da observação do fenômeno de proteção contra a doença adquirido por ordenhadores de vacas, passou a inocular pessoas ainda sãs com líquido proveniente das pústulas de vacas acometidas pela varíola bovina – *cowpox*. A aplicação do produto, então denominado vacina, causava erupções brandas, semelhantes às da varíola, mas protegia contra a doença humana. Das pústulas surgidas nas pessoas vacinadas era novamente retirado o produto, que servia para novas inoculações. Esta prática profilática tinha como inconveniente o fato de seu efeito diminuir com o tempo. Além disso, a reinoculação constante da vacina em seres humanos possibilitava a transmissão de outras doenças. No último quartel do século XIX, esta forma de vacinação caiu em desuso com o desenvolvimento da vacina animal. Esta mantinha o mesmo princípio da técnica precedente – obtenção de imunidade através da inoculação de doença semelhante –, só que era replicada a partir das próprias pústulas das vacas anteriormente inoculadas com o *cowpox* (posteriormente, a partir da pele de vitelos), eliminando a prática da inoculação braço a braço.

A vacinação contra a varíola foi alvo de forte resistência de diversos grupos sociais durante o século XIX e início do XX, mas, com o tempo, sua aceitação foi progressivamente aumentando. Em 1959, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu realizar um programa mundial de erradicação da doença. No início da década de 1980, a varíola tinha sido varrida do planeta, estabelecendo, assim, o primeiro caso de erradicação de uma doença pela vacinação.

Saúde, cidade e economia agroexportadora

As últimas décadas do século XIX, momento em que se observam as primeiras modificações significativas no campo da saúde pública no Brasil, se inserem num contexto internacional de profundas transformações. Período denominado Segunda Revolução Industrial, caracterizou-se por uma intensa modernização tecnológica, geradora de inúmeras promessas que, como se veria, ficariam restritas a poucos. Melhores condições de saúde, com o advento da era da microbiologia, mais conforto, com as diversas utilizações da energia elétrica, e mais tempo, com o desenvolvimento dos transportes, eram as dádivas esperadas da época que se anunciava.

A era da microbiologia

Fruto da aproximação entre a vertente experimental da medicina e outros ramos do conhecimento, como a química e a biologia, a microbiologia mudaria a face das ações médicas. Os primeiros trabalhos neste campo surgiram na segunda metade do século XIX, quando os estudiosos começaram a acreditar na possibilidade de doenças serem transmitidas por germens microscópicos. Foi a partir dos trabalhos do químico francês Louis Pasteur, sobre a geração espontânea e o papel dos micro-organismos na fermentação, que as investigações no campo da microbiologia mais se desenvolveram. Outro importante avanço foi conseguido, ainda em 1870, pelo médico alemão Robert Koch, que descobriu o bacilo causador do carbúnculo, provando sua origem microbiana pela reprodução da doença em cobaias. Na década de 1880, Pasteur elaborou as primeiras vacinas

animais. Em 1895, conseguiu criar com sucesso uma vacina contra a raiva humana, usando microorganismos cultivados em laboratório que não transmitiam a doença, mas produziam imunidade contra ela. Os trabalhos de Pasteur seguiam o rumo de diversas pesquisas em desenvolvimento na Europa, que também visavam a identificar micróbios causadores de doenças e elaborar vacinas que evitassem os males por eles produzidos.

A microbiologia levou ao mundo médico novas noções sobre as doenças, suas causas e as formas de preveni-las. As descobertas permitiram o controle de epidemias que há milhares de anos assolavam a humanidade e inauguraram a possibilidade de cura de várias enfermidades pela ação de soros específicos. No campo da medicina hospitalar, o maior conhecimento sobre os micróbios e sua atuação no surgimento das doenças possibilitou o desenvolvimento de um extenso conjunto de práticas antissépticas que viabilizaram a permanência mais segura dos doentes nos hospitais e um grande avanço nas cirurgias, até então limitadas pelos altos níveis de infecções secundárias. Além disso, a medicina dos micróbios originou uma variedade de exames capazes de diagnosticar de forma rápida e precisa diversas doenças no estágio inicial. No entanto, esse processo não foi rápido nem linear, tendo sua dinâmica relacionada às nuanças do desenvolvimento científico, cultural e socioeconômico dos diferentes países.

No campo da economia, a expansão industrial dos países europeus e dos Estados Unidos fez com que eles, cada vez mais, passassem a exportar capitais e serviços para as formações sociais da América e da África em troca de produtos agrícolas.

No Brasil, esse contexto se vinculou ao processo de decadência e queda do regime monárquico e estabelecimento da República Federativa, que se emolduram num quadro de intenso dinamismo da economia agroexportadora nacional, marcado principalmente pela pujança do setor cafeeiro e pelo predomínio das forças políticas a ele ligadas. Na década de 1840, o café havia se tornado o nosso principal produto de exportação. A partir da década seguinte, sua cotação no mercado internacional apresentou contínuas altas, transformando-o na principal fonte de divisas do país. Nesse momento, a lavoura cafeeira começava a migrar das terras fluminenses do Vale do Paraíba para o Oeste Paulista, onde ampliaria em muito sua produtividade, em virtude da boa adequação aos campos de terra roxa da região e da crescente utilização da mão de obra imigrante trazida para o país a partir do prenúncio do fim da escravidão.

A expansão da lavoura cafeeira deu origem a um novo bloco de poder centrado na aristocracia paulista, que passaria a dividir a cena política com outras oligarquias agrárias existentes. Com atuação destacada no processo abolicionista, e tendo como objetivo a assim chamada modernização do país, esse grupo, com a República, tomaria as rédeas do poder nacional, consolidando seu domínio, a partir de 1902, com a política 'café com leite', instrumento que determinava a rotatividade das oligarquias paulistas e mineiras na direção do país pela alternância de seus representantes na presidência.

O dinamismo do setor cafeeiro também colocava em marcha um grande número de novas atividades e interesses, que ultrapassavam em muito os limites geográficos das plantações. Bancos de créditos financiavam a produção, comissários e exportadores intermediavam as vendas, vários outros grupos se aproveitavam dos capitais existentes criando novas indústrias e investindo em infraestrutura, em particular nos transportes ferroviários e nos portos. Crescia também o setor de serviços de base urbana e a importação de produtos industrializados nas cidades de maior porte. Além disso, a riqueza proveniente da comercialização do café favorecia a troca de bens e informações e estimulava a urbanização e surgimento de formas de vida mais cosmopolitas nas áreas mais urbanizadas da região Sudeste.

Todo esse crescimento não acarretou grandes transformações nos serviços de saúde, por ocasião da Proclamação da República, sendo a organização vigente no final do Império mantida durante o governo provisório (novembro de 1889 a janeiro de 1891). A maior inovação desse período foi o estabelecimento da vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional e a criação de um rol de doenças de notificação compulsória, que passou a englobar a febre amarela, o cólera, a peste, a difteria, a escarlatina e o sarampo. Em 1890, o governo ensaiou uma mudança ampliando o poder da Inspetoria Geral de Higiene sobre os estados, que passou a se responsabilizar por um maior número de atribuições, principalmente no que concernia à fiscalização dos portos. No entanto, essa tendência de centralização dos serviços de saúde foi revertida na Constituição promulgada em 24 de fevereiro de 1891, que mais uma vez transferiu para os municípios e estados as atribuições relacionadas à saúde (Costa, 1985).

Para conhecer melhor os momentos finais do Império e os iniciais da República, consulte o clássico livro *Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*, de José Murilo de Carvalho (1987).

Na organização federativa republicana, passou a vigorar o modelo que imputava aos governos estaduais e municipais os cuidados com a saúde da população. Para o governo central, ficava a responsabilidade pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde do Distrito Federal. Neste território, por algum tempo, existiu uma dualidade de competências entre o poder central e o municipal, com o primeiro se responsabilizando pelas medidas de defesa da cidade contra doenças epidêmicas e o segundo, pelos serviços de polícia sanitária, remoção de doentes e desinfecção.

Em 1896, a saúde pública passou por uma nova reforma, com o surgimento da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Criada para responder aos problemas de saúde que escapavam à responsabilidade dos estados, essa diretoria vinculou-se diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, assumindo como atribuições principais a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, os estudos sobre doenças infecciosas, a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e o auxílio aos estados em momentos epidêmicos, sob solicitação dos governos locais. Mais uma vez, o governo central objetivava melhorar a atuação dos serviços de saúde, principalmente na capital e nos portos, espaços mais sensíveis em relação à política de obtenção de mão de obra e exportação de produtos agrícolas (Costa, 1985).

Além de ter seu raio de ação limitado à capital federal, as atividades de saúde pública nos primeiros anos da República se voltavam quase exclusivamente para as epidemias que eram combatidas principalmente pela segregação dos acometidos. Os residentes na cidade eram enviados ao hospital de isolamento do Caju, criado em 1889, ou às enfermarias emergenciais, montadas em momentos de epidemias para o tratamento dos desvalidos. Os navios suspeitos ficavam em quarentena, e os passageiros e tripulantes, quando enfermos, eram enviados compulsoriamente para os lazaretos da Ilha Grande e de Jurujuba (Niterói, RJ), criados ainda no Império. Em 1900, para evitar que uma epidemia de peste bubônica surgida em Santos atingisse a cidade, o governo republicano criou o Instituto Soroterápico Federal – posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz –, que deveria produzir vacinas e soros contra doenças epidêmicas.

Para conhecer melhor o surgimento e desenvolvimento dos hospitais, consulte o capítulo 18, sobre atenção hospitalar.

Salvo a preocupação com as epidemias, a ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade. Nesse campo, tinha destaque a fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas. Até esse momento, a ação dos poderes públicos

não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel.

Instituto Oswaldo Cruz

Entre os vários institutos biomédicos fundados na virada do século XIX para o XX, no Brasil, o Instituto Soroterápico Federal, hoje denominado Fundação Oswaldo Cruz, teve especial significado para a saúde pública nacional pela sua habilidade em influenciar as políticas públicas nesse campo e pela capacidade de responder com pesquisas e ações sanitárias aos problemas de saúde do país.

Erguido no subúrbio de Manguinhos da então capital federal para preparar vacinas e soros contra a peste bubônica, o instituto foi inicialmente dirigido pelo Barão de Pedro Affonso, auxiliado pelo médico Oswaldo Cruz. Logo passou à direção única de Oswaldo Cruz, que a partir de 1903 ocupou também o cargo de diretor dos serviços de saúde da República.

Sob o comando de Oswaldo Cruz, o instituto se viu num processo de grande desenvolvimento, transformando-se na base das grandes campanhas sanitárias que ele levaria a cabo no Rio de Janeiro. Congregando um grupo de cientistas voltados para pesquisas em diversos campos relacionados à saúde pública e orientando suas atividades também para a elaboração de produtos biológicos e o ensino das disciplinas relacionadas à microbiologia, Manguinhos se transformaria numa instituição de grande porte, reconhecida internacionalmente pelas pesquisas realizadas em seus laboratórios. O trabalho não se restringiu à capital; seus pesquisadores, em diversos momentos, capitanearam expedições científicas que viajaram pelos confins do país estudando as condições de saúde das populações ou elaborando projetos e campanhas de combate a doenças existentes em diversas regiões. Os relatórios sobre as condições de vida das populações rurais, realizados nessas expedições, foram importantes na criação de uma nova visão sobre as condições de saúde no interior do país e no estímulo aos debates que resultaram na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920.

Um aspecto que ainda deve ser mencionado diz respeito ao caráter emergencial atribuído às atividades de saúde pública. Embora Oswaldo Cruz e vários políticos que o apoiavam tenham insistido junto ao governo federal na transformação da DGSP num órgão permanente, com organização definitiva e orçamento adequado, apto a se voltar para a saúde pública em nível nacional, isto não se concretizou. A convicção dos governantes sobre o caráter excepcional dos serviços de saúde fez com que, durante todo esse período, a saúde pública não lograsse obter uma estrutura permanente. Mesmo as reformas de 1903 e 1904 consideraram a DGSP como um órgão provisório e emergencial. Para o Estado brasileiro, a saúde ainda estava intimamente relacionada às crises sanitárias. Uma vez debelados as epidemias e outros problemas ocasionais, poder-se-ia prescindir do gasto federal em saúde pública.

Imigração, cafeicultura e saúde em São Paulo

Muito antes da criação da DGSP e da fundação do Instituto de Manguinhos, as oligarquias paulistas resolveram pôr em prática algumas ações para melhorar as condições de saúde no Estado. O final do Império havia sido marcado por intensas epidemias que foram surgindo à medida que se ampliavam os deslocamentos e o número de habitantes da província, em virtude da imigração. A constante recusa do governo central em enviar recursos para São Paulo nos momentos de crise sanitária ampliava o sentimento das oligarquias locais de não ser possível ficar às expensas da União nas questões relativas à higiene. Ainda em 1892, pouco tempo depois de consagrado o princípio da descentralização das atividades de saúde, o governo de São Paulo investiu na criação de um vasto sistema de saúde.

Como vimos, a expansão da lavoura cafeeira foi motor de um forte desenvolvimento socioeconômico. Seu principal centro produtor, o estado de São Paulo, foi a região que mais se beneficiou com esse processo, que prontamente se traduziu numa intensa expansão urbana de sua capital e, em menor grau, de outras cidades ligadas à cafeicultura. O rápido crescimento populacional suplantava rapidamente as iniciativas de controle sanitário e as tentativas de ampliação de serviços médicos. Ao mesmo tempo que se intensificava o ritmo da imigração, surgiam epidemias e elevavam-se os índices de doenças, muitas vezes desconhecidas. Esse processo também ocorria no interior do estado, onde o desequilíbrio ambiental provocado pela devastação das matas para a implantação de fazendas agrícolas provocava o surgimento de surtos de malária em diversas regiões. A partir de 1889, as cidades de Santos e Campinas passaram a ser continuamente castigadas por epidemias de febre amarela. Em 1892, a doença chegou à capital de São Paulo, que, nesse mesmo ano, seria atingida também por uma epidemia de varíola proveniente das regiões litorâneas do estado. Além disso, a febre tifoide e outras infecções gastrintestinais eram endêmicas em várias regiões paulistas (Telarolli Junior, 1996).

Foi nesse contexto de expansão socioeconômica e carência de serviços de saúde pública que se daria a reforma sanitária em São Paulo. Com a visão de que as epidemias eram um entrave ao desenvolvimento econômico, foi criado um complexo sistema de saúde. Em 7 de outubro de 1891, a primeira lei paulista da era republicana voltada para o tema reafirmou a obrigatoriedade da vacina antivariólica, que o Código de Posturas Municipais já previra em 1886. Com a nova lei, a obrigatoriedade da vacinação passou a vigorar em todo o estado de São Paulo, ampliando, também, a repressão aos que a ela se opusessem, através de multas. Em junho de 1892, Cerqueira César, então presidente do estado de São Paulo, reestruturou os serviços de saúde, criando o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo (Castro Santos, 1993).

O Serviço Sanitário deveria atuar em todo o estado, mas, já no ano seguinte, em consonância com a diretriz republicana, alterou o escopo de suas funções, deixando os poderes municipais responsáveis pelas atividades locais. Sob sua competência permaneceu a coordenação e fiscalização das atividades realizadas fora da capital, cabendo uma atuação direta somente em momentos de crises epidêmicas. A nova instituição tinha como principal instância a Diretoria de Higiene, responsável pelo cumprimento das posturas e normas sanitárias. Somava-se a ela um conjunto de laboratórios responsáveis pelas práticas que garantiam a manutenção da salubridade no estado de São Paulo. O Laboratório Bacteriológico era responsável pelo diagnóstico de doenças epidêmicas. O Laboratório Químico e Farmacêutico supria o Serviço Geral de Desinfecção do Serviço Sanitário de substâncias químicas necessárias às constantes desinfecções domiciliares usadas pela medicina da época. O Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas fiscalizava a venda de gêneros alimentícios. O Instituto Vacínico foi reformado – passando a denominar-se Instituto Vacinogênico – com o intuito de produzir a vacina antivariólica em doses necessárias para todo o estado (Teixeira, 1995).

Entre essas instituições, destaca-se o Instituto Bacteriológico pela atuação na saúde pública. Seu desenvolvimento se iniciou em 1893, quando o médico carioca Adolpho Lutz assumiu a direção, transformando-o numa peça-chave na luta do serviço sanitário contra os surtos epidêmicos que comumente surgiam na capital do estado. Durante a sua primeira década de existência, o Instituto Bacteriológico se voltou prioritariamente para a profilaxia, o diagnóstico e o combate às epidemias. Além disso, atuou como centro de pesquisas científicas,

produzindo conhecimento original. Suas pesquisas eram publicadas em periódicos médicos nacionais, como a *Revista Médica de São Paulo* e o *Brasil Médico*, ou em revistas estrangeiras, como o periódico alemão *Zentralblatt für Bakteriologie*, e se voltavam para as principais doenças que atingiam São Paulo. Os trabalhos de Lutz sobre a febre amarela, por exemplo, foram a base para a firme atuação do serviço sanitário contra a doença. Ainda em 1901, bem antes de Oswaldo Cruz colocar em prática o combate aos mosquitos que debelaria a doença na capital federal, Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário, começaria a atuar nesse sentido com obras sanitárias e desinfecções que acabaram por dizimar o vetor da doença, erradicando-a de diversas regiões do estado de São Paulo.

Em 1900, foi criado o Laboratório do Butantan. Seu surgimento foi concomitante ao aparecimento do já citado Instituto Soroterápico Federal, no Rio de Janeiro. A criação do Butantan também se deveu ao aparecimento da peste bubônica na cidade de Santos, em 1899. Com receio de o surto se transformar em uma epidemia de grandes proporções, o governo estadual comissionou Adolpho Lutz e, em seguida, o médico carioca Oswaldo Cruz para debelar o problema e sugerir medidas profiláticas ante a possibilidade de novos surtos. Apesar das complicações decorrentes das medidas adotadas, necessárias para combater a doença, Lutz e Cruz conseguiram debelar o surto. No entanto, a dificuldade de obtenção do soro contra a doença – somente fabricado na Europa – determinou a iniciativa do estado de São Paulo de criar o laboratório do Butantan para a sua produção. Inaugurado como dependência do Bacteriológico, o novo laboratório teve sua direção confiada a Vital Brazil. Em 1901, o Butantan foi desmembrado do Bacteriológico, transformando-se num instituto autônomo do Serviço Sanitário, voltado para a produção de soros e vacinas e para estudos sobre o ofidismo, vindo a se especializar nas pesquisas desse campo e na produção de soros contra mordidas de animais peçonhentos (Benchimol & Teixeira, 1993).

No capítulo 18, você encontra mais informações sobre a história da assistência hospitalar e, no capítulo 20, sobre a assistência às pessoas com problemas mentais no Brasil.

O estado paulista não contou somente com os institutos na luta contra as doenças, voltando-se também para a normatização da vida urbana. Ainda em 1894, foi efetivado o Código Sanitário do Estado de São Paulo, primeiro regulamento deste tipo do país. Composto por mais de quinhentos artigos, regulava vários aspectos da vida urbana, como: 1) os locais de passagem e estadia – ruas, praças públicas, habitações coletivas, hotéis, escolas, quartéis, prisões, fábricas, oficinas e teatros; 2) a alimentação – padarias, restaurantes, botequins e açougues; 3) o abastecimento – mercados, matadouros, distribuição de água, esgotos etc. Seguindo os preceitos da higiene da época, regulamentava a iluminação e distribuição de água nas residências, nos prédios e em locais públicos e definia a necessidade de aterrar os pântanos, isolar os cemitérios e cremar o lixo para impedir que eles exalassem ares deletérios. No campo das doenças mentais, o estado de São Paulo inaugurou, em 1898, o Asilo de Alienados do Juqueri. Da mesma forma que seu antecessor carioca, fundado no Império, o Juqueri foi uma consequência do processo de consolidação da psiquiatria no país. Liderado durante muitos anos pelo médico Franco da Rocha, o Juqueri viria a se transformar, na segunda metade do século XX, numa das maiores instituições de asilamento de doentes mentais do país.

O quadro institucional da saúde era composto, ainda, pelos hospitais de isolamento e pelo Serviço Geral de Desinfecção, principais instituições na defesa contra as epidemias, principalmente as de varíola e de febre amarela. Os primeiros isolavam compulsoriamente os acometidos por doenças epidêmicas, tentando evitar que se transformassem em novos

agentes da ampliação das epidemias. Os cuidados médicos e a possibilidade de cura estavam em segundo lugar, e muitos deles tinham um funcionamento intermitente relacionado ao surgimento de epidemias. Existiam hospitais de isolamento nas principais cidades do estado, a maioria deles sob responsabilidade das municipalidades. A defesa contra as epidemias se completava pela ação dos inspetores sanitários, responsáveis pela colocação em prática do Código Sanitário, pela vacinação antivariólica, pela notificação compulsória dos casos de doenças epidêmicas e pelas desinfecções domiciliares, atividade complementar ao isolamento hospitalar.

Leia mais sobre os fatores sociais, econômicos e políticos que contribuíram para o surgimento da vigilância sanitária no mundo e as especificidades de sua construção no Brasil no capítulo 23.

A ampliação dos serviços de saúde em São Paulo, nos primeiros anos da República, foi de grande importância na melhoria das condições de saúde de sua população. Num período em que, devido à imigração, a população crescia em ritmo intenso, o estado de São Paulo conseguiu interromper as constantes epidemias de febre amarela e de outras doenças – como o cólera e a peste bubônica –, diminuindo, assim, os índices de mortalidade. No entanto, essa atuação estatal teve como limites seu enfoque voltado para os centros urbanos e para as doenças que colocavam em risco a manutenção do modelo econômico agrário exportador. As várias doenças de caráter urbano que, embora deixando um rastro de morte no estado de São Paulo, não impediam a manutenção da importação de mão de obra – como a tuberculose e as infecções gastrintestinais, que tiravam a vida de uma grande parte da população infantil residente nas áreas mais pobres –, não foram alvo de campanhas ou ações mais permanentes. Além disso, por muito tempo, as ações normativas da saúde se restringiram às áreas urbanas. As fazendas dos coronéis, onde a normatização das condições de trabalho, moradia, alimentação etc. certamente colocaria o governo em conflito com os interesses da aristocracia rural, não foram tocadas até o final da década de 1910 (Castro Santos, 1993).

Saúde e reforma urbana no Rio de Janeiro

> Aos interesses da imigração, dos quais depende em máxima parte o nosso desenvolvimento econômico, prende-se a necessidade do saneamento desta capital. É preciso que os poderes da República, a quem incumbe tão importante serviço, façam dele a sua mais séria e constante preocupação (...) A capital da República não pode continuar a ser apontada como sede de vida difícil, quando tem fartos elementos para constituir o mais notável centro de atração de braços, de atividades e de capitais nesta parte do mundo. (Mensagem do presidente Rodrigues Alves, publicada no jornal *O País*, em 14 de novembro de 1906)

Centro político, cultural e comercial da nação, o Rio de Janeiro, no início do século XX, era a maior cidade do país. No entanto, seu perfil era de cidade colonial, decadente, suja e mal provida de serviços e equipamentos urbanos. Anualmente, a cidade era atacada por diversas epidemias que causavam milhares de mortes. A febre amarela era a doença que mais castigava a cidade. As epidemias eram tão violentas e constantes, que muitos navios preferiam passar distante de seu porto e desembarcar suas mercadorias e seus imigrantes em Buenos Aires. Não era sem motivo que o Rio de Janeiro tornou-se conhecido como o 'túmulo dos imigrantes'.

Somente a partir de 1902, na presidência do paulista Rodrigues Alves (1902-1906), a situação da capital federal se transformaria, com a implantação de um conjunto de reformas urbanas e de saneamento que modificaram sua face e deram fim ao ciclo de

epidemias que a atacavam anualmente. O período da reforma se vincula à consolidação das oligarquias cafeeiras na direção do Estado – observada com o estabelecimento da já citada 'política café com leite', inaugurada com o governo Rodrigues Alves. Para essa elite, a continuidade da entrada de mão de obra estrangeira pelos principais portos do país, a manutenção da importação de produtos industrializados e a entrada de capitais estrangeiros, através de firmas exportadoras e de serviços, eram interesses fundamentais a serem resguardados. Tudo de acordo com a lógica do neocolonialismo, em que as novas áreas econômicas periféricas funcionavam como mercados para os produtos industrializados e serviços oriundos das nações centrais que também as usavam como fonte de matéria-prima barata para suas indústrias.

Nesse contexto, Rodrigues Alves aproveitaria a boa situação econômica em que encontrou o país para pôr em prática seu projeto. Campos Sales (1898-1902), seu antecessor, procurou fortalecer a economia para possibilitar a atração de recursos que financiassem a expansão da lavoura. Nesse sentido, renegociou a dívida externa e diminuiu o déficit público, cortando os financiamentos a novas indústrias, abandonando obras públicas e aumentando impostos. Apesar da grande impopularidade que granjeou, Campos Sales obteve êxito com a sua política de valorização da moeda. Esta situação garantiu a Rodrigues Alves os aportes financeiros de que precisava para realizar seu projeto.

No início do mandato, Rodrigues Alves declarara que seu governo limitar-se-ia quase exclusivamente a duas prioridades: melhorar o porto do Rio de Janeiro e sanear a cidade. E assim foi. Para dirigir a reorganização da cidade, foi convidado o engenheiro Pereira Passos, que assumiu a prefeitura do Rio de Janeiro com poderes especiais votados pelo Congresso, o que lhe permitia evitar os embaraços jurídicos que pudessem impedir ou retardar as desapropriações e outros artifícios necessários à execução das obras. Pereira Passos deu início a um grande processo de reforma urbana do centro da cidade, rebaixando morros, abrindo ruas, demolindo casas de cômodos e cortiços e normatizando diversos aspectos da vida urbana cotidiana que estariam em desacordo com os novos tempos. As vedetes de seu projeto eram a avenida Central – atual avenida Rio Branco – e as reformas do porto.

Ao processo de reorganização física da cidade somou-se o programa de saneamento, que visava a eliminar rapidamente as epidemias mais letais. Para efetuá-lo, foi convidado o jovem médico Oswaldo Cruz, então diretor do Instituto Soroterápico Federal – futuro Instituto e Fundação Oswaldo Cruz, como já foi mencionado. Em março de 1903, ele assumiria o cargo de diretor da DGSP, prometendo erradicar as três principais doenças infecciosas que atacavam a cidade: a febre amarela, a peste e a varíola. A primeira seria alvo de uma campanha contra os mosquitos, estratégia que vinha dando bons resultados em São Paulo, muito mais severa do que as executadas a partir do final do século XX, contra a dengue.

Por meio de campanhas sanitárias, Oswaldo Cruz propunha-se a acabar com o ciclo epidêmico impedindo a contaminação dos mosquitos pelos doentes infectados, que seriam isolados em hospitais, destruindo os focos de mosquitos da cidade e mantendo forte vigilância sobre os casos isolados ou importados, que poderiam gerar a contaminação de novos mosquitos, perpetuando, assim, o ciclo da doença. A peste deveria ser combatida pelo extermínio dos ratos e pela utilização do soro e da vacina, fabricados no instituto de Manguinhos, nas áreas de maior risco. Já a varíola seria controlada pela ampliação dos níveis de vacinação da população.

Campanhas sanitárias

São uma forma específica de atuação em saúde pública surgida no século XIX e muito difundida no país até os dias de hoje. Como ações especializadas com o objetivo de controle de determinadas doenças, as campanhas sanitárias se caracterizaram pela autonomia frente às práticas rotineiras de saúde, por sua curta duração e, em diversos momentos, por assumirem um perfil análogo ao das operações militares.

O modelo campanhista surgiu como uma estratégia da saúde pública de combate às doenças infecciosas, muitas vezes direcionada à eliminação de seus vetores. Ficaram célebres as campanhas contra a febre amarela pelo combate ao mosquito, executadas pelo exército americano em Cuba, no início do século XX, assim como as efetuadas por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, contra a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, a partir de 1903. Na segunda metade do século XX, as campanhas foram muito utilizadas visando ao controle da malária e constituíram a base para a erradicação mundial da varíola.

Institucionalizadas como ação de saúde, elas foram empregadas na tentativa de controlar diversas doenças, até mesmo as crônico-degenerativas. Em virtude de sua ação específica ante um problema pontual e o curto tempo de atuação, as campanhas são alvo de controvérsias entre os profissionais da saúde, que as contrapõem aos serviços regulares de saúde, por considerarem que as atividades de prevenção e vigilância epidemiológica devem ser realizadas rotineiramente pelas unidades de saúde.

Por ocasião da entrada de Oswaldo Cruz na DGSP, em 1903, o governo havia mandado ao Congresso um projeto de reestruturação da saúde pública que, entre outras medidas, previa a extensão da obrigatoriedade da vacina a toda a população do país. O tema era polêmico, pois além da discussão sobre a obrigatoriedade não havia total consenso no meio médico sobre a eficácia da vacina. No Congresso, o projeto foi rechaçado pelos adeptos da filosofia positivista filiados ao Apostolado Positivista, que discordavam do caráter coercitivo da lei, apontado como cerceamento do direito individual. Na inexistência de um consenso sobre o assunto, foi retirada a obrigatoriedade da vacina da redação final.

Em meados de 1904, em virtude do surgimento de novo surto de varíola na capital, o Executivo enviou à Câmara um projeto reabilitando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a varíola em todo o território da República. Aprovada em outubro, a lei foi regulamentada pela DGSP. Oswaldo Cruz foi incisivo, procurando restringir ao máximo a possibilidade de se escapar da vacina. Os artigos da regulamentação prescreviam multas aos rebeldes e a exigência do atestado de vacinação para matrículas nas escolas, empregos públicos, casamentos, viagens etc. Em 9 de novembro, o regulamento veio a público. Logo uma intensa agitação tomou as ruas do centro do Rio reunindo uma grande massa de descontentes com a medida, incentivados pelo Centro das Classes Operárias, pelo Apostolado Positivista e pela Liga contra a Vacinação Obrigatória.

O filme *Oswaldo Cruz, o médico do Brasil*, dirigido por Silvio Tendler (2003), revela aspectos pessoais da vida de Oswaldo Cruz, figura inúmeras vezes investigada somente do ponto de vista de homem público. A partir de uma minuciosa pesquisa, o filme traz uma nova abordagem aos motivos que levaram à Revolta da Vacina.

A lei que regulamentava a vacina serviu de estopim para um grande levante que entrou para a história com o nome de Revolta da Vacina. Misto de rebelião popular com tentativa de golpe contra o governo, o levante aglutinou, em seus diversos momentos, monarquistas, líderes operários e oficiais descontentes do Exército, que viam na confusão uma possibilidade de depor Rodrigues Alves. Em 10 de novembro, os refratários à vacinação começaram a se reunir em manifestações organizadas pelo Centro da Classe Operária. Em pouco tempo, o Rio se revoltou: as manifestações se transformaram em enfrentamento com a polícia e em grandes quebra-quebras que deixavam um largo saldo de estragos, com bondes incendiados

e equipamentos públicos destruídos. Por fim, um grande grupo de manifestantes entrincheirou-se no bairro da Saúde, transformando o local em um território livre dos amotinados.

Em 15 de novembro, aniversário da República, veio à luz uma revolta militar planejada por oficiais descontentes com a política republicana. Liderado pelo tenente-coronel Lauro Sodré e pelo general Travassos, um destacamento de cadetes tentou marchar até o palácio do Catete para exigir a deposição de Rodrigues Alves. No entanto, a ação não obteve a adesão de outros militares, sendo rapidamente desarticulada pelas forças leais ao governo. Os revoltosos do bairro da Saúde, entretanto, só foram desalojados com o auxílio de tropas federais da Marinha que, a partir de barcos fundeados na baía da Guanabara, bombardearam a região.

Foi de tal monta o confronto entre os revoltosos e as forças governistas que o governo resolveu não votar a lei da vacina obrigatória. A revolta também fez crescer o índice de resistência da população à vacina, o que levou à queda dos índices de vacinação e ao consequente surgimento de surtos nos anos posteriores, até 1908, momento em que uma grande epidemia da doença faria milhares de vítimas na cidade.

O Rio se revoltou

"Cheio de apreensões e receios despontou o dia de ontem. As arandelas do gás, tombadas, atravessavam-se nas ruas; os combustores da iluminação, partidos, com os postes vergados, estavam imprestáveis; os vidros fragmentados brilhavam na calçada; paralelepípedos revolvidos, que serviam de projéteis para as depredações, coalhavam a via pública; em todos os pontos, destroços de bondes quebrados e incendiados, portas arrancadas, colchões, latas, montes de pedras, mostravam os vestígios das barricadas feitas pela multidão agitada. (...) Muito cedo tiveram início os tumultos e as depredações (...). Começaram como na véspera: apedrejamentos aos combustores restantes da iluminação pública, hostilização a qualquer facção da força policial e ataques aos bondes, que eram virados, quebrados e incendiados. (...) Pela Rua Senhor dos Passos, às 7 horas, numeroso grupo de mais de quinhentas pessoas desceu em direção à Praça da República, prorrompendo em gritos hostis à polícia e à vacina obrigatória e assaltando os bondes que, nessa ocasião, ainda chegavam àquele ponto. (...) Foi grande o tiroteio que se travou, caindo logo ao chão, feridas e ensanguentadas, diversas pessoas. (...) Estavam formadas em toda a Rua do Regente, estreita e cheia de casas velhas, grandes e fortes barricadas feitas de montões de pedras, sacos de areia, tábuas de portas arrancadas, colchões, bondes virados, latas, fios de arame, postes e pedaços de madeira arrancados às casas e às obras da Avenida Passos, ali perto. (...) Um robusto homem de cor, que vestia calça e camisa pretas, achava-se do alto, numa pequena janela, atirando. Ali o alcançou uma bala de carabina que lhe varou o crânio, prostrando-o instantaneamente morto. (...) Duas outras vítimas tombaram mortas nesse embate: um infeliz menino de 12 anos de idade (...) chegou à janela na ocasião do conflito e logo foi morto por um tiro que lhe varou a carótida. (...) Outro morto, um homem de cor branca, de bigodes curtos, é desconhecido. A bala que o matou penetrou-lhe o meio da testa." (Notícia publicada no *Jornal do Commercio*, em 15 de novembro de 1904)

Ao final da primeira gestão de Oswaldo Cruz na saúde pública, em 1906, a cidade do Rio de Janeiro não era mais a mesma. Tal qual a sua estrutura urbanística, seu perfil epidemiológico muito tinha se transformado. A febre amarela havia sido controlada, desaparecendo praticamente do obituário da cidade, da mesma forma que a peste. Contudo, algumas doenças que não foram alvo das grandes campanhas, como a tuberculose e as infecções intestinais, continuaram fazendo milhares de vítimas na cidade. Novamente escolhido para chefiar a saúde pública em 1907, Oswaldo Cruz proporia a criação de uma

grande campanha contra a tuberculose, que, a seu ver, era a doença grave mais passível de ser controlada. Realmente, os índices da dita 'doença da civilização' eram alarmantes na cidade e nenhuma medida de maior vulto tinha sido tomada para contê-la. No entanto, o programa de Oswaldo Cruz não sairia do papel, pois, naquele período, existia um consenso na classe política de que a atuação estatal no combate à tuberculose deveria se restringir à assistência aos doentes necessitados, cabendo à iniciativa privada ou filantrópica as ações de criar programas educativos e sanatórios para os doentes (Benchimol, 1990).

Ao voltar sua preocupação predominantemente para a reurbanização e extinção das principais doenças epidêmicas da capital da República, como estratégia de manutenção do modelo econômico vigente, o governo acabou por ampliar intensamente as ações de saúde do poder central no Distrito Federal. No entanto, essa ampliação não se caracterizava como uma política de grande alcance temporal nem geográfico, e sim como uma resposta a crises episódicas no setor saúde, geradas principalmente por períodos epidêmicos. Nessa época, a elite política comungava com a ideia, expressa na Constituição de 1891, de as ações de saúde serem responsabilidade direta dos estados, ficando com o governo central o dever de assessorá-los e normatizar suas ações. Somente em casos de crises epidêmicas, o poder federal deveria agir diretamente nos estados, suprindo suas necessidades. A manutenção desse princípio determinava a precariedade das ações de saúde na maior parte do país, visto a inexistência de recursos e mesmo de interesses políticos para a manutenção de serviços de saúde adequados na maioria dos estados (Hochman, 1998).

Das cidades aos sertões

As ações de saúde pública perpetradas pelo Estado até a primeira década do século XX estiveram voltadas para as grandes cidades, sendo uma resposta aos problemas derivados do desenvolvimento urbano de algumas regiões e às imposições econômicas provenientes da expansão da agricultura cafeeira. Tal estrutura deixava à margem dessas ações todo o interior do país, onde as condições de saúde eram, na maioria das vezes, piores do que as das grandes cidades, com a prevalência de diversos problemas, como a desnutrição, as verminoses e a malária. Somente na segunda metade da década de 1910, acompanhando um processo de transformação das formas de se pensar o Brasil, esse quadro iria se modificar.

No início do século XX, nossas elites ainda não haviam voltado a atenção para o interior do país. Na verdade, sua grande maioria desprezava essas regiões, pois via na população mestiça que nelas habitava a ruína da sociedade. Na sua concepção racista, o embranquecimento – a ser alcançado principalmente através da ampliação da imigração europeia – era a única opção para o progresso do país. Na contramão dessas ideias, o escritor Euclides da Cunha, em *Os Sertões* (1902), monumental retrato da guerra de Canudos, havia indicado que os sertões do país abrigavam fortes mestiços, resistentes às intempéries do clima e à pobreza. Suas palavras ajudaram na descoberta do interior e na valorização de sua população, mas elas não encerravam a realidade vivida nessas regiões.

Foi somente em meados da década de 1910 que a população letrada dos centros urbanos começou a perceber isso. Nesse momento, os relatórios das diversas expedições científicas que se embrenhavam pelo interior brasileiro começaram a mostrar um quadro mais realista da saúde da nossa população. As expedições do Instituto Oswaldo Cruz – em especial a dirigida pelos cientistas Arthur Neiva e Belisário Penna – foram centrais nesse

processo, pois elaboraram densos relatórios que, além de trazer a público os problemas sociais do interior, faziam um amplo inventário da multiplicidade de enfermidades que assolavam os sertanejos. A partir do conhecimento desses relatos, cada vez mais os problemas de saúde dos sertões entraram na ordem do dia, passando a ser vistos como o maior entrave à ampliação da capacidade econômica do país e fonte de nossa eterna inferioridade diante das nações desenvolvidas. Nesse contexto, progressivamente a doença tomaria o lugar da raça nas análises sociais da viabilidade nacional (Hochman & Lima, 1996).

Em 1916, Miguel Pereira, médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em discurso na Academia Nacional de Medicina, afirma que "o Brasil é um grande hospital". Essa frase transformou-se em lema de combate dos intelectuais engajados na reforma dos serviços de saúde do país, "expressa na reivindicação de que o Estado brasileiro aumentasse seu poder de intervenção no campo da saúde pública" (Kropf & Lima, 2010: 82). Dois anos depois, a gigantesca pandemia de gripe espanhola que devastou vários continentes chegou ao país causando uma quantidade incalculável de mortes e desorganização social. Grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, tiveram as atividades paralisadas, enquanto a população, carecendo do suporte de serviços públicos, assistia atônita à incontrolável mortandade.

A influência do movimento anarquista na conscientização do nascente operariado brasileiro, em fins do século XIX e início do século XX, pode ser vista no documentário *Os Libertários*, dirigido por Lauro Escorel (1976), disponível na Cinemateca Brasileira (SP).

Nas cidades do interior, a situação não era melhor. Apesar de a reduzida densidade populacional atenuar a agressividade da transmissão, a inexistência de serviços de saúde tornava a doença ainda mais letal. A primeira consequência dessa tragédia foi a constatação de que os serviços de saúde não davam conta das necessidades nacionais, sendo necessário reformá-los urgentemente (Hochman, 1998). A esse contexto de denúncia da precariedade dos serviços de saúde somava-se ainda a grande agitação social vivida pelo país, expressa, por exemplo, na intensificação das atividades dos sindicatos profissionais que, em 1917, realizaram uma primeira greve geral, que paralisou a cidade de São Paulo. Sintonizados com as agitações sociais vividas na Europa, em especial com a revolução bolchevique ocorrida na Rússia, os anarquistas e socialistas bradavam em uníssono contra as péssimas condições de vida do operariado de então.

As vicissitudes do contexto sanitário e social favoreceram o surgimento, em 1918, da Liga Pró-Saneamento do Brasil. Entidade civil dirigida pelo cientista do Instituto Oswaldo Cruz Belisário Penna, a Liga ampliou a luta pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões. A ela associou-se um grande número de intelectuais, pesquisadores de nossas principais instituições científicas, militares, literatos e até o próprio presidente da República, Wenceslau Brás (1914-1918). Através de sua publicação – a revista *Saúde* –, a Liga exortava a nação em defesa de uma reforma sanitária que centralizasse, coordenasse e ampliasse os serviços de saúde rumo ao interior do país. Num contexto de expansão do pensamento nacionalista – que impulsionava o surgimento de diversos movimentos pela valorização da nação –, a necessidade de remover as doenças, vistas como o principal entrave para que o país se inserisse no grande concerto das nações, passava a ser um potente apelo para a intelectualidade brasileira. "Para os líderes do movimento, a federação minava a solidariedade e dissolvia os elos da nacionalidade em nome do interesse de oligarquias retrógradas e parasitárias dos recursos nacionais" (Hochman, 1998).

Apesar da dificuldade de levar à frente um projeto mais amplo de transformações nas condições de saúde, no limitado espaço de mudanças vivido em nossa sociedade oligárqui-

ca, o movimento pelo saneamento rural gerou importantes frutos. Entre eles, destaca-se a criação dos postos do Serviço de Profilaxia Rural, na periferia do Rio de Janeiro. Ainda em 1914, Belisário Penna, que ocupava o cargo de inspetor sanitário da DGSP, criou um desses postos num subúrbio da cidade do Rio de Janeiro, voltado para o combate à ancilostomose. Em 1918, como dirigente da Liga Pró-Saneamento, obteve do governo a criação de mais oito postos no Distrito Federal, que passaram a fazer parte do Serviço de Profilaxia Rural, estrutura autônoma em relação à DGSP, dirigida pelo próprio Penna. Esses postos sanitários, "em áreas não urbanas e nas periferias das principais cidades, muitas vezes significaram o primeiro contato efetivo da população dessas áreas com o poder público" (Hochman & Fonseca, 1999: 77).

Outra iniciativa surgida da atuação do movimento pelo saneamento rural foi a implantação de um código sanitário rural para o estado de São Paulo, em 1917. Essa primeira legislação, totalmente voltada para as condições de saúde no interior, foi elaborada por Arthur Neiva, cientista do Instituto Oswaldo Cruz e partidário do saneamento rural, que entre 1916 e 1918 dirigiu a saúde pública paulista. Uma terceira iniciativa foi a criação dos Serviços de Medicamentos Oficiais, que se traduziram na instalação de plantas industriais nos institutos Oswaldo Cruz e Butantan para a fabricação de vermífugos e beneficiamento de sais de quinino, utilizados no combate à malária (Benchimol & Teixeira, 1993).

Embora tenha conseguido respostas governamentais a várias de suas demandas, o movimento em prol do saneamento não logrou alcançar de pronto um de seus principais objetivos: a criação de um ministério para a saúde. Seus postulantes imaginavam que um órgão nacional centralizado poderia ser o caminho para a ampliação dos serviços para além das grandes cidades. Além disso, pensavam que o novo órgão poderia ter um caráter exclusivamente técnico, que o distanciaria das querelas políticas locais que, na opinião deles, inviabilizavam ações mais eficientes no campo da saúde. A criação de um ministério da saúde, embora tenha entrado na pauta política, chegando a ser discutida no Congresso, não vingou. Naquele momento, a noção de federação surgida no início da República, que postulava a autonomia estadual no campo da saúde, era defendida fortemente pelos representantes das oligarquias. Estes viam numa ação estatal centralizada uma ameaça ao poder local (Hochman, 1998).

No entanto, o colapso do projeto de um ministério para a saúde não significou a derrota do movimento, pois uma reforma do setor, ocorrida entre 1919 e 1920, deu origem a uma nova instituição, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que veio substituir a antiga DGSP. Tendo como primeiro diretor o médico Carlos Chagas, que também dirigia o Instituto Oswaldo Cruz, o novo órgão abrangia algumas proposições do movimento pelo saneamento rural e dilatava bastante as atribuições estatais no campo da saúde.

A ampliação da abrangência territorial das ações de saúde teve como base o Serviço de Profilaxia Rural. Instalado de forma provisória desde 1918, ele passou a fazer parte do organograma do DNSP, funcionando em diversos estados, através de acordos firmados entre estes e o governo central. Esse tipo de atuação era a forma de o poder central levar ações de saúde a diversos estados da federação sem infringir o preceito da autonomia estadual (Hochman, 1998). Outra maneira de estender o combate às doenças aos diversos rincões do país diz respeito aos acordos elaborados com a Fundação Rockefeller para o combate à febre amarela. A instituição filantrópica americana, que há anos vinha atuando no controle

das doenças transmissíveis em diversas partes do mundo, ficou encarregada da organização e execução do combate à febre amarela nas regiões Norte e Nordeste. Para garantir o financiamento dessa nova estrutura, foram criados impostos sobre a produção de bebidas alcoólicas e sobre o lucro obtido com os jogos permitidos e fixadas multas para os infratores das normas sanitárias.

Para cuidar da saúde das populações urbanas, foram criadas no Rio de Janeiro as inspetorias de Higiene Industrial e Alimentar e de Profilaxia da Tuberculose. Além da expansão dos serviços, o DNSP passou a legislar sobre diversos aspectos que até então não tinham recebido a atenção do Estado. Entre eles, destacam-se: a regulação da venda de produtos alimentícios, para o controle das infecções gastrintestinais (maior causa de mortalidade infantil no país); a normatização das construções rurais, para impedir a proliferação da doença de Chagas e outros males; a regulamentação das condições de trabalho de mulheres e crianças; a fiscalização de produtos farmacêuticos; e a inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos nossos portos. Além desses aspectos, o Estado, através do DNSP, passou a se responsabilizar pela elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias em nível nacional e pela produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das grandes epidemias que afetavam o país.

Durante os anos que seguiram à criação do DNSP, diversas mudanças ocorreram na legislação da saúde, mas nenhuma com um significado tão grande como a criação desse departamento que, embora tenha distado muito em sua atuação da magnitude do projeto que o concebera, representou uma transformação de grande monta na saúde pública. Até então, as principais estruturas e ações do setor eram centradas em concepções que as pensavam como emergenciais e provisórias, voltadas principalmente para o combate a epidemias. Não custa lembrar que a DGSP tinha seu orçamento revalidado a cada ano, de acordo com as necessidades oriundas de surtos epidêmicos. Além disso, as transformações da saúde pública na década de 1920 representaram uma ampliação de grande dimensão da responsabilidade estatal pelos problemas de saúde nacionais. Como bem demonstrou o sociólogo Gilberto Hochman (1998), em sua obra *A Era do Saneamento*, a ampliação da consciência das elites brasileiras sobre os problemas sanitários nacionais, aliada à percepção da interdependência das diversas regiões do país em relação aos problemas de saúde, principalmente os relativos a doenças epidêmicas, possibilitou o crescimento das atividades públicas de saúde e saneamento no país. Estas, embora não tenham resolvido a maior parte dos problemas de saúde dos brasileiros, lograram ampliar a infraestrutura e a autoridade sanitária no território nacional.

Para refletir

Durante as duas primeiras décadas do século XX, na chamada Primeira República, as ações de saúde do poder central se limitaram quase exclusivamente ao Distrito Federal e tiveram como objeto as doenças epidêmicas. Somente a partir do movimento pelo saneamento rural, essa diretriz começaria a se transformar. Reflita sobre o que foi apresentado até esta parte do capítulo considerando os diferentes interesses em disputa pela expansão ou restrição das atividades de saúde e suas consequências para a população em geral. Avalie a importância do binômio urbano/rural e da busca de preservação do modelo econômico agrário exportador nas transformações ocorridas no campo da saúde.

Saúde na era Vargas (1930-1945)

O final da década de 1920 foi um período de profundas mudanças no cenário nacional. No campo da economia, as repetidas crises de superprodução do café, nossa principal fonte de divisas, vinham determinando diversos rearranjos, como as constantes desvalorizações da moeda (mil réis) para facilitar a exportação ou a compra, pelo governo, da parte excedente da colheita para a manutenção dos preços mínimos. A persistência destes mecanismos de socialização das perdas dos grandes cafeicultores desagradava fortemente aos setores que deles não se beneficiavam, mas que até então não reuniam forças para se contrapor. A crise econômica mundial determinada pela quebra da bolsa de Nova York, em 1929, colocaria a nu as dificuldades desse modelo econômico ao fazer despencar o preço do café. O colapso do setor cobraria altos preços a toda a sociedade, gerando uma intensa crise econômica, logo traduzida numa forte insatisfação social.

No campo da política, o período marca o ápice da crise do arranjo oligárquico inaugurado com a república do 'café com leite'. Aos poucos, as camadas médias urbanas começaram a reivindicar mudanças na estrutura baseada no coronelismo e no voto de 'cabresto'. Já em 1919, a candidatura independente de Rui Barbosa, que obteve um terço dos votos sem contar com qualquer máquina eleitoral, mostrou o desagrado de parte do eleitorado com as oligarquias dominantes e a busca de alternativas ao jogo político de então. Ainda neste mesmo contexto, as oligarquias dissidentes começaram a reivindicar maior espaço na arena política republicana. Em 1921, quando da sucessão de Epitácio Pessoa (1919-1922), a candidatura do ex-presidente Nilo Peçanha (1909-1910) – apoiado por uma frente que unia Rio Grande do Sul, Bahia, Pernambuco e Rio de Janeiro – deixou claro que frações oligárquicas divergentes se organizavam para ingressar no centro do jogo político nacional.

Em outros campos da nossa sociedade, o final da década de 1920 também se caracteriza como um período de profundas mudanças. Embora mantendo sua base agrária, o Brasil de então caminhava decididamente para a urbanização, já apresentando 20% da população vivendo nas grandes cidades. Esse adensamento urbano potencializou o desenvolvimento do movimento operário que, liderado por anarquistas e socialistas, colocou os problemas das camadas operárias na agenda nacional. Também foi responsável pela ampliação das camadas médias urbanas que, cada vez mais, demandavam uma política de cunho liberal, livre das mazelas patrocinadas pelas oligarquias dominantes. Por fim, as grandes cidades foram palco do surgimento do fenômeno político do tenentismo, movimento liderado pela jovem oficialidade militar que também pregava a modernização das estruturas da República.

A chegada de Getúlio Vargas à presidência em 1930 foi a culminância de todo esse processo. Apoiado por gaúchos e paraibanos, Vargas assumiu o poder após um golpe, em outubro de 1930. Seu longo período de governo (1930-1945) não logrou – nem mesmo objetivou – derrubar a elite cafeeira de sua posição na liderança nacional, mas conseguiu levar para o aparelho de Estado as demandas de diversos outros grupos que tiveram de resolver suas pendências de forma negociada. Os tenentes, por exemplo, primeiros a galgar postos no governo getulista, eram contrários ao que tachavam de liberalismo exacerbado, propondo uma ação estatal mais centralizada e voltada para os interesses nacionais em detrimento dos interesses das oligarquias estaduais. Os setores oligárquicos tradicionais procuravam manter a situação anterior e recompor suas antigas bases de poder, insistindo

Os documentários dirigidos por Eduardo Escorel – *1930, Tempo de Revolução*; *1932, A Guerra Civil*; e *1935, Assalto ao Poder*, reunidos em *Era Vargas* (2011) – permitem visualizar e entender o panorama político do período.

na manutenção da autonomia estadual e na restrição da ação do governo central em algumas áreas. Já os industriais, associados ao governo numa intensa política de promoção da infraestrutura para a industrialização, buscavam novas diretrizes econômicas que não se limitassem ao favorecimento dos interesses da cafeicultura.

Saúde previdenciária: a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões

No campo das ideias, a noção de incorporação dos sertões e valorização dos sertanejos, fonte de toda a efervescência social que possibilitou a ampliação das ações de saúde pública na década anterior, foi esvaecendo diante de um novo projeto de construção nacional voltado para a integração nacional e para a valorização do trabalho e do operariado urbano. Nesse sentido, o governo getulista seria profícuo, ampliando as medidas iniciais de assistência médica surgidas na Primeira República para atender às crescentes demandas do movimento operário. A ênfase no aumento da oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos mostra que a política de saúde do governo Vargas teve duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária, dicotomia por muito tempo mantida pelas políticas de saúde nacionais (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

O surgimento de uma atividade estatal em relação à assistência médica data de 1923, quando o governo instituiu, pela Lei Eloy Chaves, as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias existentes. Com a criação das CAPs, inicia-se a conformação de uma previdência social no país (Quadro 1).

Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)

A primeira CAP foi criada em 1917 para os funcionários da Imprensa Nacional. As CAPs eram entidades autônomas semipúblicas. Caracterizavam-se como fundos organizados por empresas, compostos por contribuição de trabalhadores (3%), empregadores (1% do faturamento bruto anual) e consumidores dos serviços das empresas (fração das tarifas). Eram administradas por empregados eleitos em assembleia e empregadores em colégio paritário. A participação do poder público estava prevista como controle externo, que poderia ser acionado no caso de conflito entre o segurado e a Caixa. Portanto, as CAPs eram organizações de natureza fundamentalmente civil e sua gestão era privada. Os recursos eram destinados às aposentadorias por idade, tempo de serviço e invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador. Algumas CAPs também prestavam assistência médica.

As principais características do primeiro período da história da previdência social no Brasil (1923-1930) foram: “uma relativa amplitude no plano de atribuições das instituições previdenciárias; uma prodigalidade nas despesas; e a natureza basicamente civil privada daquelas instituições” (Oliveira & Teixeira, 1986: 23-24).

Esse modelo, que vigorou até o final dos anos 20, restringia-se a três categorias profissionais de trabalhadores urbanos (ferroviários, portuários e marítimos), estando em tramitação no Congresso o decreto que estenderia o sistema aos comerciários. Já em 1930 havia 47 CAPs com 142.464 segurados ativos, 8.000 aposentados e 7.013 pensionistas (Oliveira & Teixeira, 1986; Paula & Braga, 1986).

A partir de 1933, o governo de Getúlio iniciou um movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que passaram a congregar os trabalhadores por categorias profissionais, em vez de por empresas, constituindo gradualmente um sistema nacional de previdência social gerido pelo Estado (Vianna, 1998). Assim, ferroviários,

empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos aos poucos passaram a fazer parte desses institutos que, como as CAPs, também ofereciam serviços médicos, apesar de se voltarem prioritariamente para os benefícios e pensões (Quadro 1).

Quadro 1 – Órgãos previdenciários. Brasil – 1923-1953

1923	Caixas de Aposentadorias e Pensões para ferroviários
1926	Funcionavam 33 Caixas organizadas por empresa
1930	Funcionavam 47 Caixas organizadas por empresa, cobrindo 140 mil segurados
1931	Instituto da Previdência para funcionários da União (regime próprio)
1932	Funcionavam 140 Caixas organizadas por empresa, cobrindo 190 mil segurados ativos, dez mil aposentados e nove mil pensionistas
1933	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM)
1934	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB)
	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários (IAPC)
1936	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI)
1938	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Cargas (IAPTC)
	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores (IAPE)
	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado (Ipase)
1945	Três milhões de segurados ativos, 159 mil aposentados, 170 mil dependentes
1948	Seis IAPs e trinta CAPs
	Iapetec – fusão IAPE e IAPTC
1960	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (Iapfesp) – unificação das trinta CAPs de ferroviários remanescentes – abrangendo cinco milhões de segurados, entre os quais quatro milhões de contribuintes ativos (7,3% da população brasileira)

Fonte: Elaborado com base em Santos, 1987; Vianna, 1998; Oliveira & Teixeira, 1986; Mercadante *et al.*, 2002.

A análise da legislação e dos gastos dos institutos no primeiro governo de Getúlio Vargas evidencia uma orientação contencionista que leva a uma diminuição dos gastos por segurado, da participação da assistência médica no total das despesas, da concessão de aposentadorias e do valor médio pago aos beneficiários (aposentadorias e pensões). O controle dos gastos, num primeiro momento, foi realizado através da definição de limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica. Num segundo momento, foi estabelecido que as obrigações da previdência social eram restritas às aposentadorias e pensões, ficando a concessão de assistência médica na dependência da existência de recursos em cada instituição (Oliveira & Teixeira, 1986).

Também nesse período foi modificado o financiamento dos institutos, que rompeu com a relação direta existente anteriormente entre a empresa e a CAP, introduzindo a contribuição da União. Dessa forma, o Estado, através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, passou a funcionar como intermediário entre os consumidores que pagavam cotas e taxas e a previdência. Essa mudança, que supostamente introduziria o financiamento tripartite da previdência (empresas, empregadores e União), na prática não ocorreu, acumulando a União uma dívida com as instituições previdenciárias. Além disso, ao longo do período, verificaram-se participação e controle estatais crescentes, fato importante para viabilizar o projeto contencionista.

A adoção do modelo contencionista respondeu, inicialmente, ao processo geral de diminuição das despesas públicas adotadas para enfrentar a crise econômica herdada pelo governo provisório (1930-1934). Posteriormente, a manutenção do modelo esteve relacionada ao funcionamento da previdência como um instrumento de acumulação financeira nas mãos do Estado, graças ao regime ou modelo de capitalização:

> O modelo de capitalização (...) funciona na base de reservas financeiras, que são investidas de modo a defender o seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo crescer em termos reais. (...) Esses investimentos eram feitos basicamente em títulos da dívida pública ou ações de empresas semiestatais que começavam a ser criadas no período, seja por imposições legais formais que obrigavam as instituições de Previdência a comprar estes 'papéis', seja porque eram efetivamente as melhores e mais seguras opções de investimentos em nosso incipiente mercado financeiro no período em questão. (Oliveira & Teixeira, 1986: 141)

Os recursos arrecadados da previdência foram utilizados para um dos principais projetos do governo: o apoio à industrialização. Percentuais variados da arrecadação dos institutos foram, por meio de decretos, recolhidos para a Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil, a indústria de celulose, a Companhia Siderúrgica Nacional, a Companhia Nacional de Álcalis e a Companhia Hidrelétrica do São Francisco. Tal tipo de prática não ficaria restrito exclusivamente a esse período.

Nos Institutos de Aposentadoria e Pensões a gestão passou a incluir técnicos governamentais. Os representantes de empregados (filiados compulsoriamente) e de empregadores eram eleitos pelos sindicatos, e não mais de forma direta. E até 1966, por ocasião da criação do INSS, o colegiado diretor dos institutos era subordinado a um presidente ou diretor nomeado pela presidência da República, tendo a função apenas de assessoramento (Vianna, 1998).

A criação dos IAPs no Brasil segue o modelo alemão (bismarckiano) de seguros sociais segmentado por categorias profissionais. Você pode se informar sobre outros conceitos de cidadania e os processos de construção da cidadania e de surgimento dos sistemas de proteção social em outros países consultando o capítulo 1. No capítulo 3, discute-se a participação dos seguros sociais na conformação dos sistemas de saúde.

Apesar do incremento da assistência médica individual determinada pela expansão do modelo previdenciário, é necessário observar que essa assistência se limitava aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e organizados nos cânones do sindicalismo atrelado aos interesses do Estado, instituído pelo governo de Getúlio. Nesse sentido, todo o aparato institucional previdenciário e de assistência médica foi vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1931. Numa concepção de cidadania regulada, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado (Santos, 1987).

Cidadania regulada

O conceito de cidadania regulada, definido por Wanderley Guilherme dos Santos (1987), é central para a compreensão da questão social no Brasil no período getulista e do pilar de sustentação da previdência social brasileira. Ele se refere a uma modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal, com benefícios desiguais. No período em questão, a vigência desse modelo determinou a vinculação dos direitos de cidadania ao lugar ocupado pelos indivíduos no processo produtivo. Eram vistos como cidadãos somente aqueles que trabalhavam em ocupações reconhecidas e definidas por lei, sendo a carteira profissional e o pertencimento a um sindicato os parâmetros de definição da cidadania. Assim, os que exerciam ocupações que a lei desconhecia – como os trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores do mercado de

trabalho informal – eram vistos como pré-cidadãos. A extensão da cidadania deveria se produzir por meio da regulamentação de novas ocupações e pela ampliação do escopo dos direitos associados a cada ocupação.
"A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupam no processo produtivo, tal como reconhecido por lei" (Santos, 1987).

Entre 1931 e 1934 o trabalho urbano foi progressivamente regulamentado, com consequências na previdência social: em 1931, nova lei de sindicalização substituiu a que estava em vigor desde 1907; em 1932, instituiu-se a carteira profissional obrigatória e foram regulamentados o trabalho feminino, o código de menores e a jornada de trabalho de oito horas; em 1933, foi regulado o direito de férias; e, em 1934, foi promulgada a lei do salário mínimo que passou a vigorar a partir de 1940. Em 1943, foi aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Para refletir
Durante grande parte de seu governo, sob a ideologia do populismo, Getúlio Vargas cerceou as liberdades civis e políticas de opinião e manifestação, assim como a autonomia sindical. Em sentido contrário, ampliou os direitos sociais dos trabalhadores instituindo as bases do sistema brasileiro de proteção social. Quais as possíveis explicações para o aparente descompasso entre direitos civis, políticos e sociais?

A Reforma Capanema e a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública

No campo da saúde pública, o primeiro governo de Getúlio Vargas finalmente deu vazão à antiga demanda dos sanitaristas de criação de um ministério para a área. Criado ainda em 1930, o ministério unia saúde e educação. Sua implantação já fazia parte de um novo contexto, em que as elites que agora dirigiam o governo buscavam o surgimento de um Estado forte e centralizado, com uma burocracia central capaz de coordenar a ação das administrações locais. O Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) foi composto pelo Departamento Nacional de Educação e pelo Departamento Nacional de Saúde. No entanto, em seus primeiros anos de atividade, o Mesp somente deu continuidade às ações do antigo DNSP, chegando a suprimir algumas atividades realizadas por seu predecessor. Convivendo com uma constante alternância de seus dirigentes, o ministério ficou refém das instabilidades políticas decorrentes das disputas entre as diversas forças que haviam se aliado em torno do novo regime.

Para se ter uma ideia do difícil processo de institucionalização do Mesp, podemos observar que, em seus primeiros quatro anos, ele passou por quatro diferentes direções: Francisco Campos, de novembro de 1930 a setembro de 1931; Belisário Penna, de setembro a dezembro de 1931; Francisco Campos, de janeiro a setembro de 1932; e Washington Pires, de setembro de 1932 a julho de 1934 (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

Em 1934, o Brasil voltou à vida constitucional. A mesma assembleia que promulgou uma nova Constituição reconduziu Getúlio ao poder por meio de uma eleição indireta. Nesse momento, o ímpeto tenentista que sacudiu os primeiros anos do período varguista

já havia se esvaecido, e muitos setores das antigas oligarquias voltaram a compor as bases do poder. A partir de então, foi interrompida a inércia que marcou os primeiros anos do governo em relação à saúde pública e o ministério começou a se institucionalizar. O marco desse processo foi o início da gestão de Gustavo Capanema no Mesp (1934-1945). Já em 1935 foram retomadas as campanhas sanitárias, interrompidas em 1930, com ações contra a febre amarela e no campo da proteção materno-infantil. Além disso, começou-se a construir um perfil próprio para a saúde pública através da proposição de uma nova organização para o ministério.

A Reforma Capanema, proposta em 1935, veio à luz no início de 1937, alguns meses antes da implantação, por Getúlio Vargas e seus aliados, do regime ditatorial que ficou conhecido como Estado Novo. Orientada pelas diretrizes de racionalidade administrativa e fortalecimento do poder central, a reformulação deu uma nova estrutura ao ministério, que passou a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (MES), modificando bastante seu funcionamento. De início, foi ampliado o principal setor do ministério relacionado ao campo da saúde: o Departamento Nacional de Saúde passou a chamar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e a contar com diretorias de Assistência Hospitalar, Sanitária Internacional e da Capital da República. Também foram criadas oito delegacias federais de saúde – correspondendo às oito regiões em que o país foi dividido –, que tinham como objetivo garantir a colaboração dos serviços locais de saúde pública com os serviços federais e supervisionar os serviços federais de saúde. Por fim, foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde, àquela época uma reunião nacional de dirigentes do setor, de cunho bastante administrativo, e voltada para a integração e normatização dos serviços locais de saúde (Hochman & Fonseca, 2000; Lima, Fonseca & Hochman, 2005). A preocupação central do governo com a reorganização da saúde pública, coordenada por João Barros Barreto, diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde, era "marcar presença em todo o país; partindo das capitais, investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde, (...) conjugando uma centralização normativa com uma descentralização executiva" (Fonseca, 2010: 139).

Com a reforma de 1937, o recém-criado Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social do MES passou a coordenar os departamentos estaduais de Saúde. Essa centralização procurava normatizar e uniformizar as estruturas estaduais que, a partir de então, deveriam ser formadas por uma diretoria, inspetorias de combate a diversas doenças (além de hospitais e laboratórios) e uma coordenação de centros de saúde com atuação descentralizada. Além da centralização, a reforma procurava acabar com as atividades municipais de saúde, direcionando os serviços aos governos estaduais, agora nas mãos de interventores escolhidos pelo executivo federal.

Leia mais no capítulo 16 sobre a difusão no Brasil, nas décadas de 1930 e 1940, de um modelo de serviços de saúde, fomentado pela Fundação Rockefeller, que separava as funções clínicas das preventivas, ficando os centros de saúde com as atividades de saúde pública, e as 'unidades mistas' do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que combinavam serviços ambulatoriais e hospitalares, com as ações de assistência médica.

Outro aspecto do caráter centralizador da saúde pública no Estado Novo pode ser observado na criação de diversos serviços de atuação nacional voltados para doenças específicas, obedecendo à lógica campanhista. Ainda em 1937, surgiu o Serviço Nacional de Febre Amarela e, em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste – ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. Em 1941, seriam criados os Serviços Nacionais de Saúde, com um diretor específico por área. A supervisão dos Serviços Nacionais ficava a cargo do Departamento Nacional de Saúde (DNS), que acompanhava o trabalho desenvolvido nos estados. Foram criados os serviços nacionais da peste, da tuberculose, da febre amarela, do câncer, da lepra,

da malária, de doenças mentais, de educação sanitária, de fiscalização da medicina, de saúde dos portos, de bioestatística e de água e esgotos. Todos os serviços nacionais relacionados ao combate e controle de doenças tinham sua equipe específica nos estados, normas e orientações definidas e disputavam entre si os recursos financeiros que, dependendo da conjuntura sanitária, eram mais ou menos concentrados nas ações de erradicação ou controle de uma determinada doença. Os serviços deveriam atuar em conjunto com as delegacias federais e com os órgãos locais, mas, em verdade, cada um desses núcleos era uma instância de poder burocrático em disputa permanente com os demais.

Houve também grande investimento na formação e especialização de profissionais vinculados à saúde pública, com a realização de cursos de especialização e a exigência de concurso para ingresso na carreira pública. "A formação técnica era mencionada como contraponto à ingerência de interesses políticos nas atividades de saúde pública" (Fonseca, 2010: 140-141).

Ainda em 1942, em virtude de um acordo entre o governo brasileiro e o norte-americano, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). O Sesp foi concebido para atuar no combate à febre amarela e à malária na Amazônia e no vale do Rio Doce – regiões de muito interesse econômico para os Estados Unidos, em virtude de possuírem grandes quantidades de borracha e minérios. No entanto, em pouco tempo ele expandiu suas atividades para vários estados das regiões Norte e Nordeste através de convênios. Órgão autônomo do MES, subordinado diretamente ao ministro, o Sesp contava com verbas vindas da cooperação americana e em suas ações conjugava medicina preventiva e curativa. Embora tivesse inicialmente um caráter provisório, buscando atender a interesses conjunturais específicos, ele permaneceria ativo por muitos anos.

> A comparação entre a agenda sanitária do Sesp e aquela implementada pelo DNS nos indica que não havia contradição entre elas, mas pelo contrário integração ao projeto varguista de extensão da autoridade central sobre o território nacional brasileiro. (...) O Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para o interior; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros e postos de saúde, sistemas de águas e saneamento, normatizou técnicas e procedimentos (...). Enfim, nada que fugisse da agenda de saúde do ministério Capanema. (...) Assim, apesar de seu caráter internacional e de sua origem de agência especial de guerra com objetivos militares e produtos específicos, a trajetória do Sesp nunca deixou de estar afinada aos interesses do regime Vargas de fortalecimento do Estado Nacional e desenvolvimento econômico do país. (Campos, 2006: 56)

Seguindo esta mesma diretriz, foi concebido um novo perfil para a saúde pública que definitivamente se afastava dos princípios federalistas que regeram a saúde na República Velha. Nesse momento, buscava-se centralizar a política de saúde através da intensificação do poder normativo do ministério em relação às ações estaduais. Esse processo tirava o poder das unidades municipais, muitas vezes relacionadas às oligarquias locais. Sua implantação era justificada pela demanda de agências internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que começava a ampliar suas atividades na América Latina (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

A Opas é o mais antigo órgão de cooperação na área da saúde. Criada em 1902, a partir de uma recomendação da 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos, ocorrida na cidade do México, teve sua gênese relacionada à necessidade de normatizar a notificação de doenças transmissíveis nos países americanos. Entre seus objetivos, destacavam-se o fortalecimento do intercâmbio de informações entre os países da região e a realização de convenções periódicas sobre saúde, como as Conferências Sanitárias Pan-Americanas e as Conferências Pan-Americanas de Diretores Nacionais de Saúde. No entanto, em seus primeiros anos, a Opas teve uma atuação voltada principalmente para os interesses comerciais norte-americanos, atuando no controle de doenças transmissíveis, como a febre amarela e a peste, que causavam fortes embaraços ao seu comércio portuário. Posteriormente, a instituição alargaria bastante a latitude de sua atuação através da cooperação para montagem de ações ou estruturas de saúde em diversos países americanos e para a execução de ações de normatização da atuação em saúde pública no continente. Em virtude da criação da OMS, em 1948, a Opas se transformou em organismo regional daquela organização.

A intensificação da cooperação da Opas com o Brasil se iniciou nos anos que se seguiram ao fim da Segunda Guerra Mundial. Ela pode ser observada no apoio à produção da vacina contra a febre amarela pelo Instituto Oswaldo Cruz – hoje Fundação Oswaldo Cruz – com o objetivo de possibilitar uma campanha continental contra a doença (1950), na criação do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa, em 1951, e na criação da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), em 1967. Além do apoio à criação de instituições de saúde, a Opas teve importante papel na elaboração de propostas para reformas do ensino médico no país e uma atuação central na campanha de erradicação da varíola no continente (Lima, 2002).

Entre as novidades do período está a instituição, em 1937, por meio da lei que estabeleceu nova organização ao MES, tanto da Conferência Nacional de Saúde quanto da Educação. ‘Conferências de administradores’ tinham a atribuição de promover o intercâmbio de informações e, por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros.

1ª Conferência Nacional de Saúde

“Em 10 de novembro de 1941, dia do aniversário da instauração do Estado Novo, num auditório do Departamento de Administração do Serviço Público (Dasp), no centro da cidade do Rio de Janeiro, fora inaugurada a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) pelo ministro Gustavo Capanema. A 1ª CNS durou seis dias e era composta de representações estaduais mais Distrito Federal e Acre (...). Também participava dessa Conferência uma delegação do governo federal presidida por Capanema e composta de vinte pessoas, quais sejam os principais dirigentes do setor saúde do Ministério da Educação e Saúde e representantes de órgãos federais.

A Conferência fora convocada para discutir especificamente os temas da organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; a determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e um plano de desenvolvimento da ‘obra nacional’ de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (...).

Ao longo de quase cinco décadas, acompanhando a história do Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde, criadas por Gustavo Capanema em 1937, transformaram-se e ganharam novos sentidos como fórum público de discussão das questões sanitárias. Em 1941, a 1ª CNS, um evento comemorativo do aniversário do regime varguista, reuniu setenta pessoas – das quais apenas 22 delegados das unidades federativas com direito a voto – para discutir no campo técnico administrativo os rumos da política de saúde e saneamento do Estado Novo. Em 1986, a 8ª CNS discutiu funda-

mentalmente a saúde como direito de cidadania, reunindo quatro mil pessoas num evento que, de certa forma, era a celebração da redemocratização do país" (Hochman & Fonseca, 2000: 174-175). Hochman e Fonseca identificam na 1ª CNS a "gênese autoritária e tecnocrática de um engenho institucional que se tornou, ao longo do tempo, democrático e participativo". Sugerem, também, ao analisarem a conferência, "a existência de uma afinidade eletiva entre a perspectiva centralista e autoritária estado-novista e suas propostas para o setor e a histórica tendência centralizadora e tecnocrática entre os médicos sanitaristas que acreditavam na maior eficácia do poder central para a resolução dos problemas de saúde *vis-à-vis* os demais entes federativos" (Hochman & Fonseca, 2000: 176, 190).

Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), a estrutura administrativa da saúde pública instituída no Estado Novo, com a Reforma Capanema, permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Além de estabelecer essa complexa estrutura de saúde pública, o período getulista deixaria como marca a separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. A saúde pública sob o comando do MES destinava-se a controlar e erradicar doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos populacionais específicos. Estava, portanto, direcionada a solucionar problemas de saúde da coletividade.

A assistência pública (médica) era de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar. O público-alvo das ações assistenciais do Estado varguista era composto por pobres indigentes, crianças e idosos. A assistência individual não estava sob o controle do MES – ou era exercida livremente pelos médicos ou, no caso dos trabalhadores, estava sob a responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). O distanciamento da saúde pública da medicina previdenciária permaneceu por um longo período em nossa sociedade e determinou a ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual ante as atividades de saúde pública.

Para refletir

O período de governo de Getúlio Vargas marca um processo de centralização política ocorrido na esteira do surgimento de ideologias antiliberais que acabariam desaguando no fascismo. Como a ideia de um Estado forte e centralizado, pretensamente voltado para os trabalhadores, influenciou o campo da saúde? Relacione o processo de surgimento da medicina previdenciária com as reflexões sobre o desenvolvimento do sistema de seguro saúde, analisado no capítulo 3.

Redemocratização e desenvolvimentismo (1946-1963)

Sanitarismo campanhista e seguridade social

No início de 1945, começaram a acontecer manifestações pela redemocratização do país, como o I Congresso Brasileiro de Escritores. Partidos foram criados – a União Democrática Nacional (UDN), o Partido Social Democrático (PSD), o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e uma ala da UDN, a Esquerda Democrática, que mais tarde formaria o Partido Socialista Brasileiro (PSB). Diante das pressões crescentes, Getúlio Vargas decretou anistia aos presos políticos – inclusive a Luís Carlos Prestes, que estava preso há nove anos – e comprometeu-se a realizar eleições.

O Partido Comunista do Brasil (PCB) e o PTB lançaram o movimento queremista, com as palavras de ordem "queremos Getúlio" e "Constituinte com Getúlio". Mas os descontentes com Vargas estavam em maioria e, em 29 de outubro de 1945, ele foi deposto pelo alto comando do Exército, sendo obrigado a transmitir o poder ao Judiciário e encerrando o longo ciclo do Estado Novo.

A deposição de Getúlio Vargas ocorre poucos meses após a vitória dos aliados na Segunda Guerra Mundial (1939-1945). A conjuntura internacional que se inaugura é marcada pelas experiências e consequências do conflito no surgimento do que seriam denominados os Estados de Bem-Estar Social, na aplicação em massa de conhecimentos científicos produzidos no esforço de guerra, como a penicilina e o DDT, e na criação do Sistema das Nações Unidas, congregando a ONU e as agências especializadas (OMS, Unesco, FAO, OIT e OMC, entre outras). Iniciou-se também a 'era do planejamento': a utilização do conhecimento científico e da tecnologia com a perspectiva de direcionar e controlar as instituições públicas para alcançar os objetivos do desenvolvimento nacional (Pires-Alves & Paiva, 2010).

Sob a presidência de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), foi votada a quarta Constituição republicana, que manteve a federação e o presidencialismo, mas introduziu alguns mecanismos de controle do Executivo, como a formação de Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs). Os direitos trabalhistas estabelecidos durante o período getulista foram incorporados ao texto constitucional. No cenário internacional, começou a prevalecer a Guerra Fria: o mundo seria dividido em dois. Naquele momento, não havia alternativas: ou se estava alinhado com os Estados Unidos ou com a União Soviética. O alinhamento do Brasil aos Estados Unidos e a associação do país ao sistema de segurança do hemisfério Ocidental atlântico levou ao rompimento das relações externas com a União Soviética e, ao mesmo tempo, à repressão interna das atividades dos comunistas.

Nos primeiros meses de 1946, ocorreram mais de sessenta greves. A liberalização política favorecera o aumento da participação popular, em especial da classe trabalhadora urbana. As inúmeras greves e manifestações pediam aumento do salário mínimo – congelado desde 1943 – e também exigiam o cumprimento da legislação trabalhista pelas empresas. O governo começou a apontar os aumentos salariais como responsáveis pela inflação. Em setembro de 1946, foi criada a Confederação dos Trabalhadores do Brasil (CTB), organismo independente de representação, mas o governo Dutra, acuado diante das sucessivas greves, em meados de 1947, suspendeu o funcionamento da entidade, proibiu a realização de manifestações e durante esse ano realizou intervenções em 143 sindicatos.

Em maio de 1947, o PCB foi declarado ilegal. Em agosto, Prestes e os demais parlamentares reassumiram suas cadeiras nas câmaras legislativas. Por pouco tempo: em janeiro de 1948, os mandatos dos parlamentares do PCB foram cassados. Nesse momento, o partido lançou um manifesto exigindo a derrubada imediata do governo Dutra, considerado antidemocrático.

Elaborado em 1948 e aprovado em 1950, o governo Dutra lançou o Plano Salte – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, que seria implementado no quinquênio 1950-1954 concentrando os recursos nas atividades de transporte (57%), enquanto os demais setores receberiam cada qual entre 13% e 16% dos recursos.

No âmbito da saúde pública, durante o governo Dutra, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge. A polêmica sobre o melhor modelo de atenção

à saúde ganhou novos alentos, tanto com as críticas realizadas ao Sesp quanto com o debate médico-sanitarista-parlamentar sobre a criação de um ministério da saúde independente. Por trás da disputa verbal de qual seria a melhor organização institucional, existiam projetos políticos e de saúde diferenciados. Esse debate começou em 1946, com a redemocratização do país, e só foi concluído em 1953, com a criação do Ministério da Saúde.

Entre 1948 e 1949, ocorreu uma redução de casos novos de malária e de todas as doenças transmissíveis por insetos. Também houve uma queda extraordinária nas taxas de tuberculose entre 1949 e 1951. A explicação para tal sucesso não era a eficiência das campanhas sanitárias voltadas para essas doenças. Alguns afirmavam que a melhora nas condições de saúde devia-se à disponibilidade de aplicação de inseticidas de ação residual e de antibióticos que chegaram ao país. Outros, como Mário Magalhães, consideravam que a explicação estava no desenvolvimento ocorrido no país naquele período (Escorel, 2000).

O modelo corporativo do sistema de previdência criado no primeiro governo Vargas permaneceu intacto entre 1945 e 1963, acentuando-se ainda mais a heterogeneidade dos benefícios. Todavia, nessa conjuntura democrática em que cresce a movimentação social e política dos trabalhadores, o sistema previdenciário se torna cada vez mais decisivo nas negociações sindicais e nas disputas político-partidárias (Reis, 2010).

No âmbito da previdência social, constituiu-se um movimento contrário ao 'modelo de capitalização' vigente no período anterior (1930-1945). A legislação previdenciária, gradualmente, desmontou as medidas de cunho contencionista e passou a adotar a noção de 'seguridade social'. Essa, ao contrário do 'seguro social', "parte da ideologia de um Estado que teria obrigações naturais e inalienáveis para com qualquer cidadão, o que implica uma intervenção ativa do Estado" (Oliveira & Teixeira, 1986: 178).

A adoção do modelo de seguridade social, na análise de Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira, é expressiva do contexto democrático-populista vigente no país. A reforma promovida pelo Plano Beveridge, após a Segunda Guerra Mundial, na Inglaterra, com a criação da aposentadoria universal e do Serviço Nacional de Saúde financiado com recursos fiscais, difundida por organismos internacionais – o Bureau Internacional do Trabalho (BIT), posteriormente Organização Internacional do Trabalho (OIT) –, encontrou um clima interno propício.

Mais informações sobre o Plano Beveridge e a constituição do Serviço Nacional de Saúde podem ser encontradas no capítulo 1.

Em março de 1945, os inativos e pensionistas foram incorporados à clientela da assistência médica previdenciária. A Constituição de 1946 expressaria a nova visão da previdência social: as assistências sanitária, hospitalar e médica – inclusive preventiva ao trabalhador e à gestante – foram incorporadas à legislação do trabalho e da previdência social (art. 157), eliminando o argumento de que assistência médico-hospitalar não seria uma 'atribuição' previdenciária.

Ocorreu crescimento dos gastos com assistência médico-hospitalar, que passaram de 2,3% dos recursos arrecadados, em 1945, para cerca de 10%, em 1952, patamar que seria mantido até 1962. Os regulamentos de alguns IAPs foram também modificados, elevando o teto máximo de gastos com assistência médico-hospitalar. E a assistência médica era oferecida privilegiando-se os serviços próprios de cada instituto, exceto no IAPI. Em dezembro de 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (Samdu), medida que unificou esse tipo de atendimento aos segurados dos diversos IAPs e CAPs. A criação do Samdu foi uma iniciativa com "três

características inovadoras: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência" (Mercadante *et al.*, 2002: 237).

O próprio governo federal se contrapôs às ideias do 'seguro social', defendidas pela tecnocracia do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), pressionando esse instituto para que prestasse o serviço de assistência médica aos seus segurados. Após o fracasso de três comissões instaladas anteriormente no IAPI para implantar a assistência médica, em 1948, pela quarta vez, foi criada uma nova comissão que, ao cabo de dois anos, finalmente conseguiu vencer as resistências do último IAP a iniciar a prestação daquele serviço, apesar de ter privilegiado a compra de serviços de terceiros.

As mensagens presidenciais no governo Dutra

> valorizam medidas que extrapolavam os limites estreitos impostos pela lógica do 'seguro social'. Além disso, revelam o intenso processo, em curso, de construção e compra de hospitais, ambulatórios e equipamentos médicos por parte de cada um dos institutos; da assinatura de convênios com terceiros para fornecimento de assistência médico-hospitalar aos segurados; informam os níveis crescentes de produção e distribuição gratuita de medicamentos; relatam a construção e a inauguração de diversos conjuntos habitacionais por parte dos diferentes institutos em várias cidades do país; citam os montantes crescentes de empréstimos concedidos para a compra da casa própria; descrevem as atividades de ampliação e reformulação do Saps (Serviço de Alimentação da Previdência Social), com a construção de restaurantes populares, postos de subsistência, granjas de produção etc. Grande ênfase é dada nos discursos à área de assistência médica. (Oliveira & Teixeira, 1986: 182-183)

Leia mais sobre a evolução da oferta hospitalar no Brasil no capítulo 18.

Entre as décadas de 1940 e 1950 surgem os grandes e modernos hospitais públicos no país, a maioria dos quais previdenciários, dando início à configuração de um padrão de assistência à saúde 'hospitalocêntrico'. Até 1948 existiam apenas cinco hospitais próprios dos IAPs. Em 1950, eram nove. Em 1966, 28 e, em 1978, 32.

A competição por privilégios entre as categorias profissionais,

> estimulada pelo Estado, que efetivamente distribuía benefícios diferenciados, [estratificou], sob seu controle, a clientela previdenciária. O resultado foi duplo: um conjunto confuso de normas operando padrões desiguais de proteção e uma clientela hierarquizada prisioneira de mediações corporativas interpostas à barganha política e incapaz de uma atuação reivindicatória mais consistente com o objetivo de alcançar melhorias no sistema. (Vianna, 1998: 133)

Os elementos que viriam a constituir a chamada 'crise da previdência' – ou seja, a elevação das despesas sem solucionar os problemas existentes na arrecadação – já estavam presentes nesse período. A legislação, generosa na ampliação dos benefícios e dos gastos, pouco tratou do tema da dívida crescente da União e dos empregadores para com a previdência. No final do governo, a crise financeira da previdência começou a ser discutida com insistência e Dutra apresentou a ideia de abolir a contribuição tripartite.

Industrialização, nacionalismo e populismo

Na disputa pela sucessão de Dutra, concorreram Eduardo Gomes (UDN), João Mangabeira (PSB), Cristiano Machado (PSD) e Getúlio Vargas, apoiado pelo PTB, pelo Partido Social Progressista (PSP) e por uma facção dissidente do PSD. O PCB fez campanha pelo

voto em branco. Getúlio Vargas voltou ao poder, desta vez com 48,7% dos votos. No carnaval de 1951, a música de sucesso foi *Retrato do Velho* ("bota o retrato do velho outra vez, bota no mesmo lugar...").

Em seu segundo governo (1951-1954), Getúlio Vargas retomou seus projetos econômicos, expandiu a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), criou usinas hidroelétricas e a Companhia Nacional de Álcalis e ampliou a rede de infraestrutura (rodovias, eletrificação). Sob a bandeira do nacionalismo, Vargas buscou preservar para o capital estatal ou privado nacional os setores estratégicos da economia, como a exploração mineral e as indústrias de base. A criação da Petrobras, que estabeleceu o monopólio estatal do petróleo em 1953, foi emblemática da política econômica nacionalista de Getúlio Vargas.

Vargas sedimentou, sobretudo, o populismo como modalidade de relação entre governante e governados. A política de massas compreendia grandes mobilizações, manifestações e comícios transmitidos pelo rádio, pela propaganda governamental, pelo PTB – partido por ele criado no governo anterior – e pelos sindicatos dos trabalhadores que estavam atrelados ao Estado. Nos comícios, Getúlio Vargas falava diretamente para os trabalhadores do Brasil, sem intermediários partidários ou sindicais, e a eles pedia apoio para a implementação da política econômica que permitiria desenvolver o país e manter a soberania nacional.

Populismo

Chama-se de populismo a uma série de movimentos políticos que se propõem a colocar, no centro de toda ação política, o povo como massa, desqualificando a ideia da democracia representativa. A característica básica do populismo é o contato direto entre as massas urbanas e o líder carismático (caudilho), supostamente sem a intermediação de partidos ou corporações. A ideia geral é a de que o líder populista procura estabelecer um vínculo emocional (e não racional) com o 'povo' para ser eleito e governar. Nessa forma de expressão política, toda ação é referida à pessoa do líder populista ,que se coloca idealmente acima de todas as classes. O exemplo máximo do populismo no Brasil foi o governo Getúlio Vargas.

Para mais informações sobre o populismo, consulte Weffort (1978) e Gomes (1996).

A política de massas tinha um duplo efeito sobre a luta dos trabalhadores: por um lado, conduzida por líderes sindicais e políticos comprometidos com o populismo, limitava a autonomia e a conscientização dos trabalhadores; por outro, oferecia conquistas no campo dos direitos sociais de interesse direto da classe trabalhadora. E a liberdade existente, o direito de greve e a organização sindical muitas vezes ultrapassaram os limites desejados pelos partidos aliados de Vargas.

Nesse período, foi implementado o Plano Salte formulado no governo Dutra. A opinião generalizada sobre este plano foi de um rotundo fracasso. Dos investimentos realizados em saúde sobraram efetivamente 34 hospitais construídos no vale do São Francisco, entre Pirapora e Juazeiro, dos quais apenas quatro continuavam em atividade dez anos após a construção. Entre os demais, alguns funcionavam como escolas e mais da metade estava destruída por falta de conservação.

> Como decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico do pós-Segunda Guerra, aprofundou-se a separação entre as políticas e práticas de saúde pública e aquelas de medicina curativa. A saúde pública, orientada, sobretudo, nos modelos das campanhas de vacinação, controle e erradicação de vetores, tornou-se crescentemente centralizada e hierarquizada, constituindo complexos aparatos institucionais para o combate a determinadas doenças. Por outro lado, a assistência médica passou a girar em torno do hospital (que concentrava e organizava as capacidades profissionais, operacionais e tecnológicas disponíveis para a atenção curativa), ao mesmo tempo em que os gastos aumentavam continuamente nessa área. O cuidado tornava-se também cada vez mais especializado e fragmentado, o que se refletia na organização do ensino e do próprio conhecimento em saúde. (Pires-Alves & Falleiros, 2010: 166)

No campo da saúde pública, uma corrente de opinião, o sanitarismo desenvolvimentista, começou a se constituir a partir do segundo governo de Getúlio Vargas e, sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira, consolidou-se e adquiriu um estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe militar em 1964.

Sanitarismo desenvolvimentista

A ideia-força do pensamento sanitarista desenvolvimentista era de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo. A partir de tais ideias, essa corrente de pensamento construiu seu próprio edifício teórico e doutrinário, aprofundando conceitos e precisando definições até traduzi-las num conjunto de postulados político-ideológicos apresentados em 1962, subvertendo as bases do sanitarismo tradicional fincado na Sociedade Brasileira de Higiene (SBH).

A SBH, criada em 1923, congregava sanitaristas de todo o país e tinha influência nas decisões da política de saúde tanto no âmbito nacional quanto nos contextos estaduais. O grupo de sanitaristas desenvolvimentistas disputou com o grupo do Sesp a direção da SBH e foi vitorioso, quando, em 1962, Mário Magalhães elegeu-se presidente da conservadora SBH.

Sanitarista dos quadros do DNSP, Mário Magalhães foi, por mais de vinte anos, o principal mentor desse pensamento contra-hegemônico e, a partir de 1953, com a criação do Ministério da Saúde, passou a colaborar diretamente com os ministros da pasta.

Os sanitaristas desenvolvimentistas também teciam críticas, de longa data, ao modelo de atenção à saúde adotado pelo Sesp, transformado, em 1960, em fundação do Ministério da Saúde (Fsesp). As críticas estavam centradas no fato de que o modelo era de alto custo, de estrutura sofisticada e elevada qualificação de pessoal e com reduzido impacto de ação em locais de baixa densidade populacional e de pequena importância econômico-social.

Deu-se início, assim, a uma disputa de poder: de um lado, os 'sespianos', aliados dos técnicos do Ministério da Saúde que defendiam o modelo de campanhas nacionais, verticais e não coordenadas entre si e que garantiam para os cargos técnicos e diretivos um pequeno feudo onde eram senhores. De outro lado, aliavam-se os que queriam criar uma coordenação entre as campanhas e promover uma extensão de cobertura de saúde, por meio de um modelo nacional de assistência apropriado às nossas necessidades e à municipalização dos serviços de saúde. Esta proposta deixava no nível federal as ações de coordenação e controle e passava para os municípios, mais próximos dos usuários, a atenção à saúde preventiva e curativa, resgatando o papel da autoridade municipal no campo da saúde pública que os regulamentos sanitários, aprovados em quase todos os estados brasileiros, entre 1930 e 1940, haviam suprimido (Fonseca, 2010).

A predominância das ideias desse grupo, liderado por Mário Magalhães, teria uma ascendência crescente a partir do governo de Juscelino Kubitschek, ou seja, entre 1955 e 1964, tendo como marcos a eleição, em dezembro de 1962, da SBH e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963 (Labra, 1988).

A mensagem de Vargas ao Congresso Nacional, em 1951, traduziu exatamente as ideias de Mário Magalhães sobre a saúde pública ser um problema de superestrutura, isto é, depender da estrutura econômica, e sobre a necessidade de substituir a força muscular pela energia produzida pelos combustíveis sólidos, líquidos e gasosos para que a saúde pudesse melhorar. Na mesma mensagem, Vargas abordou a organização dos serviços sanitários, ressaltando o elevado nível técnico do trabalho de estruturação, uniformização e articulação nacional e os vultosos investimentos efetuados no período de 1935 a 1945. Entretanto, afirmava o presidente, a experiência e os avanços nas técnicas de administração impunham a severa revisão do trabalho realizado para adaptá-lo à realidade nacional.

Os objetivos da política de saúde do segundo governo Vargas (1951-1954) foram – como as demais políticas sociais – subordinados ao esforço do progresso e enriquecimento da nação. Referiram-se às endemias rurais, à tuberculose e à extensão dos serviços médicos

hospitalares até as comunidades rurais (já que nos centros urbanos a perspectiva era de expandir os serviços de assistência previdenciários) e, sem muitos detalhes, mencionavam também saneamento, alimentação, assistência materno-infantil e educação sanitária. Porém, as transformações ocorridas durante o segundo governo Vargas ficaram limitadas aos rearranjos institucionais (Escorel, 2000).

Em novembro de 1950, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde, concentrando as discussões nas condições de higiene e de segurança no trabalho, na prestação de assistência médico-sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes e na temática da malária. A 2ª Conferência Nacional de Saúde apresentou as mesmas características identificadas na 1ª Conferência – limitada aos técnicos, de caráter eminentemente administrativo, e tendo por objetivo promover o intercâmbio de informações entre o governo federal e os estados.

Leia mais sobre as Conferências Nacionais de Saúde no capítulo 28.

O grande marco do período foi a criação de um Ministério da Saúde independente da área de educação, realizado pela coincidência da reforma administrativa proposta, a partir de 1952, por Getúlio Vargas, com os interesses de sanitaristas, médicos, deputados e, também, da SBH.

A criação do Ministério da Saúde

A proposta de Vargas de uma reforma administrativa, justificada pela necessidade de assegurar uma distribuição mais harmoniosa das atividades do Estado, buscava incrementar a intervenção do Estado e desconcentrar funções. O projeto satisfez os diversos partidos representados no Congresso Nacional, inclusive a UDN, principal partido da oposição, que viu com bons olhos a desconcentração do poder executivo.

Em relação ao Ministério da Saúde, no primeiro momento havia dois projetos em disputa: um que defendia a simples separação do Ministério da Educação, criando um Ministério da Saúde e Assistência, mas mantendo inalterado o modelo do DNSP, e outro que postulava a união dos serviços de saúde pública e assistência médica da previdência social, numa estrutura vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Quando os debates da criação de um Ministério da Saúde independente apareceram na Assembleia Constituinte de 1946, parecia existir um consenso favorável à separação da pasta de educação entre os vários setores do governo, membros dos grandes partidos como UDN e PSD, e ainda os sanitaristas reunidos na SBH. Com a dissolução da Constituinte, sem que o direito à saúde fosse constitucionalmente garantido, a luta pela criação do Ministério da Saúde deslocou-se para a Comissão de Saúde Pública da Câmara Federal. Sob a liderança de Miguel Couto Filho, a maioria dos membros mobilizou-se na defesa da criação do ministério. O então ministro da Educação e Saúde, Clemente Mariani, encarregou os quadros técnicos do DNSP de elaborar um anteprojeto propondo a separação das duas pastas. Entretanto, em maio de 1950, renunciou ao cargo para candidatar-se ao Senado nas eleições de outubro daquele ano, sem ter conseguido que o poder executivo enviasse o projeto ao Congresso.

Embora os atores intervenientes no processo concordassem em relação à criação do Ministério da Saúde, as divergências em relação ao formato institucional prorrogaram a decisão por três anos. As propostas discordavam em relação às áreas que ficariam sob um único ministério e, ainda, no interior dessas propostas, entre manter ou transformar o modelo de organização do setor. Parte dessa discussão seria resolvida nos anos seguintes, com a criação do Ministério da Saúde, mas ela só teria fim em 1989, com a integração dos serviços de assistência médica da previdência social ao Ministério da Saúde na constituição do SUS.

O anteprojeto da reforma administrativa apresentado por Vargas propunha os desdobramentos dos dez ministérios então existentes em 16 pastas, dentre as quais se previa a criação do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social. De fato, ocorreu o desdobramento do Ministério

da Educação e Saúde, criando-se o Ministério da Saúde. O antigo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio também foi dividido em dois, com a Previdência Social constituindo – junto com a pasta do Trabalho – um ministério e o outro ficando a cargo da Indústria e do Comércio. Em julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, ao qual foi destinado apenas um terço dos recursos alocados no antigo Ministério da Educação e Saúde. No entanto, a reforma ministerial que lhe dera impulso nunca foi aprovada, atropelada pelas crises que culminaram com o suicídio de Vargas (Hamilton & Fonseca, 2003).

Após sua criação, o debate girou em torno das atribuições do novo ministério. A proposta de Miguel Couto Filho, primeiro titular, era concentrar-se nas áreas rurais, expandindo os serviços para incluir assistência médica. No entanto, as circunstâncias políticas limitaram as atribuições às que já vinham sendo executadas pelo Departamento Nacional de Saúde, nem ampliando a atenção à saúde da população do interior, nem assumindo as responsabilidades impostas pela intensa urbanização e industrialização (Hamilton & Fonseca, 2003; Ponte, 2010).

Desde a sua criação, até março de 1964, o Ministério da Saúde caracterizou-se pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política. Nos seus primeiros dez anos de funcionamento, teve 14 ministros. A grande maioria permaneceu na pasta por poucos meses, sendo de um ano a gestão mais duradoura.

Para refletir

Embora o Ministério da Saúde, expressão máxima da institucionalização da saúde pública como setor autônomo, tenha sido criado somente em 1953, as bases que conformaram o setor foram forjadas durante o primeiro governo de Getúlio Vargas e perduraram por um período mais longo. Identifique os aspectos que delineiam essa continuidade e discuta suas consequências para a saúde pública.

No âmbito da previdência social, manteve-se a orientação de ampliar os gastos com assistência médica, pouco a pouco, de instituto em instituto, abrangendo mais e mais doenças, beneficiando os segurados e seus familiares. "O populismo vigente aguçou a competição por prerrogativas entre os usuários da previdência, na medida em que a expansão dos benefícios ocorria heterogeneamente, na esteira de pressões e acordos políticos particularizados pelo corporativismo sindical" (Vianna, 1998: 133).

Em dezembro de 1951, foi unificado o atendimento aos segurados dos diversos IAPs e CAPs, obrigatoriamente, em relação ao combate à tuberculose, e de maneira facultativa a "outras moléstias nocivas à coletividade". Em dezembro de 1952, decreto específico incluiu os partos normais na garantia de assistência médica dos CAPs. Também no que concerne às aposentadorias, às pensões e a outros benefícios, verifica-se uma progressiva reversão das medidas anteriores de cunho contencionista. Entre 1949 e 1952, as despesas com atenção médico-hospitalar, que vinham aumentando lentamente desde 1946, passaram de 3,3% para 9,3% da receita – um crescimento real de mais de três vezes em apenas três anos.

Em maio de 1954, foi aprovado o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, um plano bastante amplo de benefícios e serviços que englobaria e generalizaria para todos os IAPs as conquistas parciais dos anos anteriores. No segundo governo Vargas

verifica-se um aumento das despesas, não só pelo aumento da população filiada, mas também pela diversificação e incremento dos planos de benefícios e serviços. Ocorrem a expansão da rede de hospitais e ambulatórios dos IAPs e a criação de novos serviços comuns a todos os institutos, como o Serviço de Alimentação da Previdência Social – SAPS (1954) – e o Serviço de Assistência Médica da Previdência Social – SAMPS (1955) (Vianna, 1998).

A oposição a Vargas era grande, pois muitos interesses empresariais tinham sido alijados do poder e, mais ainda, contava com o apoio do governo norte-americano, que não via com bons olhos a política nacionalista. Carlos Lacerda, proprietário do jornal *Tribuna da Imprensa*, teve um papel fundamental como porta-voz da oposição getulista. Em outubro de 1953, a criação da Petrobras e o maciço apoio popular à nacionalização do petróleo pareciam indicar bases sólidas e uma legitimidade inabalável do governo. Menos de um ano depois, o envolvimento da segurança pessoal do presidente no atentado a Carlos Lacerda, que resultou na morte do major Rubens Vaz, oficial da Aeronáutica, fez com que o Exército pressionasse Getúlio Vargas e exigisse a sua renúncia. Diante das pressões, sem ver saída honrosa, o presidente se suicidou. "Saiu da vida para entrar na história" como mártir do nacionalismo, herói popular e pai dos pobres.

Dr. Getúlio, últimos momentos, dirigido por Silvio Tendler (2000), narra de forma subjetiva a crise de agosto de 1954, que culminou com o suicídio do presidente. Com uma linguagem dinâmica e concisa, o documentário mostra a crescente pressão político-militar, a guerra na imprensa, o peso do anjo negro Gregório Fortunato, até o desfecho dramático que mudou a história do país.

Para completar os 16 meses de mandato presidencial, foi preciso lançar mão de toda a hierarquia sucessória. O vice-presidente Café Filho assumiu e deixou o cargo por motivos de saúde. O presidente da Câmara dos Deputados, Carlos Luz, foi interditado pelo Congresso em novembro de 1955. Finalmente, o vice-presidente do Senado, Nereu Ramos, conduziu o pleito de 1955, no qual, com o apoio das forças getulistas – PTB e PSD –, Juscelino Kubitschek foi eleito presidente da República.

O governo Café Filho tentou retomar o tom tecnocrático dominante antes de 1945, em relação aos assuntos da previdência social. Defendia a contenção dos gastos nas áreas sociais para não colocar em risco

> os investimentos necessários ao 'desenvolvimento', ou seja, ao processo de industrialização acelerada, a nova etapa do processo de substituição de importações. (...) Além disso, os gastos com políticas sociais não passavam de algo meramente paliativo e demagógico para o enfrentamento das 'necessidades sociais' que somente o 'desenvolvimento' promoveria. (Oliveira & Teixeira, 1986: 191)

Desenvolvimento e internacionalização

O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) entrou para a história pelo desenvolvimento e pelo desenvolvimentismo. Ou seja, pelas grandes transformações econômicas que promoveu com o apoio de capitais estrangeiros, consubstanciado no Plano de Metas com 31 objetivos, sendo que a construção da nova capital seria a "síntese de todas as metas", e pelos aspectos ideológicos e doutrinários que sustentaram a utilização do Estado como instrumento coordenador do desenvolvimento nacional.

Os Anos JK: uma trajetória política, dirigido pelo cineasta Silvio Tendler (1980), conta dez anos de história e muitas crises, começando com o suicídio de Vargas em 1954 até o golpe militar de 1964. Nesse ínterim, o governo JK é um exercício de democracia.

No âmbito do Ministério da Saúde, ocorreu, em março de 1956, outro momento institucional importante de disputa de poder entre modelos de atenção à saúde com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). O principal objetivo do DNERu era unificar sob uma coordenação os cerca de 15 órgãos envolvidos no combate, no controle ou na erradicação de doenças específicas.

A ideia de criação do DNERu pretendia que as doenças pudessem ser controladas por guardas sanitários polivalentes, que barateariam os serviços de controle e erradicação delas. A nova direção geral deveria ser capaz de imunizar, organizar, orientar e trabalhar de maneira mais econômica e com maior rendimento. Mas, logo de início, percebeu-se que o convívio entre técnicos com diferentes rotinas e com diversos planos de trabalho não era possível. As coordenadorias foram criadas, mas os serviços continuaram a funcionar isoladamente. Logo depois as coordenadorias foram extintas e os recursos humanos de todos os órgãos ficaram subordinados às instruções do chefe estadual dos órgãos existentes na área. Porém, alguns chefes de nível nacional, técnicos especializados em determinado programa, mantinham a coordenação em nível federal e específica para cada endemia. Portanto, a tentativa de unificar e coordenar as atividades das campanhas verticais não foi muito bem-sucedida (Escorel, 2000).

O plano de erradicação da varíola institucionalizou-se, em 1966, na Campanha de Erradicação da Varíola, como parte de um programa mundial proposto pela OMS e pela Opas. Em 1971, foram reportados os últimos casos no país e a certificação internacional da erradicação foi obtida em 1973.

No auge do período desenvolvimentista dos anos JK, o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da febre amarela, foi declarado oficialmente erradicado (1958). Foi instituída, nesse mesmo ano, a campanha de erradicação da malária, cujas ações seriam reiniciadas várias vezes revelando seu relativo insucesso. Também em 1958, foram iniciados o plano que conseguiu erradicar a varíola e a campanha nacional contra a lepra, que não foi tão bem-sucedida.

No mesmo período em que o DNERu estava atuando, voltado para determinadas doenças nas áreas rurais, o Sesp estava expandindo seus serviços de assistência à saúde. Não havia qualquer tipo de trabalho, cooperação ou intercâmbio entre os funcionários do Sesp e do DNERu. Desenvolviam programas e ações completamente isolados. Faltava um plano geral que coordenasse e integrasse as medidas de saúde pública nos anos 50 e 60. Essa ausência possibilitava a multiplicidade de ações superpostas.

No âmbito da previdência social, a análise de Oliveira e Teixeira (1986) indica que o presidente Juscelino Kubitschek manifestou as mesmas posições de Café Filho: ênfase no ‘desenvolvimento’ e visão das políticas sociais como ‘paliativas’. Nas mensagens presidenciais ao Congresso, desapareceram as referências sobre novas realizações da previdência social e foram enfatizadas a fiscalização dos gastos e a eliminação da contribuição paritária da União.

A Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), aprovada em 1960, no final do governo JK, por um lado, uniformizou os direitos dos segurados de todos os institutos no padrão dos melhores IAPs (Quadro 2); por outro, incorporou a proposta de limitar a participação da União na receita previdenciária. A lei não alterava a estrutura administrativa dos institutos, mantinha a estrutura fragmentada do sistema e também a exclusão dos trabalhadores rurais.

Tanto no que se refere à assistência médica quanto aos benefícios pecuniários, a Lops regulamentou medidas que significaram a reversão das medidas anteriores de cunho contencionista. O programa habitacional, por exemplo, que no período anterior era considerado uma forma de aplicação das reservas, mudou de caráter e passou a ser um subsídio à compra da casa própria. O programa adquiriu forte sentido social, todavia apresentou um comportamento cada vez mais deficitário.

Quadro 2 – Benefícios e serviços estabelecidos pela Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) assegurados pelos institutos de aposentadoria e pensões

AOS SEGURADOS
- auxílio-doença
- aposentadoria por invalidez
- aposentadoria por velhice
- aposentadoria especial
- aposentadoria por tempo de serviço
- auxílio-natalidade
- pecúlio
- assistência financeira

AOS DEPENDENTES
- pensão
- auxílio-reclusão
- auxílio-funeral
- pecúlio

AOS BENEFICIÁRIOS EM GERAL
- assistência médica
- assistência alimentar
- assistência habitacional
- assistência complementar
- assistência reeducativa e de readaptação profissional

Fonte: Oliveira & Teixeira, 1986.

A Lops também uniformizou 'por cima' a contribuição dos segurados de todas as instituições em 8%. A contribuição das empresas foi mantida como igual à dos segurados e, portanto, também aumentou, embora fosse frequentemente sonegada. A mudança radical promovida pela Lops foi relativa à contribuição do Estado, rompendo, após trinta anos, com a ideia da 'contribuição tripartite', "mito cultivado, embora sistematicamente violado desde 1931" (Oliveira & Teixeira, 1986: 170). A União passaria a ser responsável pelos gastos com administração e pessoal, que correspondiam, nos anos posteriores à sua promulgação, a 14% do orçamento.

Entretanto, a Lops, que tramitou por 14 anos no Congresso antes de ser aprovada, não foi implementada. Seis anos após sua promulgação, suas propostas seriam 'radicalizadas' durante a ditadura militar, na constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os institutos (e não apenas uniformizou serviços e benefícios), alijou os trabalhadores da gestão e aboliu qualquer responsabilidade da União de contribuição paritária no financiamento da previdência social.

Nos anos finais da década de 1950 e iniciais da década de 1960, enquanto aumentavam a proteção social e, em particular, a assistência médica aos trabalhadores urbanos com carteira assinada, a população pobre só tinha como recurso "os 'serviços para indigentes' das prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas, com caráter assistencialista e instrumentos da política clientelista local" (Vianna, 1998: 150).

Ao fim do governo Kubitschek, o país já tinha uma estrutura industrial complexa, a internacionalização da economia brasileira contrastava enormemente com o período

nacionalista de Vargas e as massas urbanas haviam se beneficiado da elevação real do nível de salário. Os anos JK ficariam na memória nacional como os 'anos de ouro', mas, antes do fim do governo, já existiam evidências da crise econômica – crescimento da dívida externa e da taxa de inflação e diminuição do poder aquisitivo dos salários. Neste quadro, em 1960, Jânio Quadros (PDC/UDN) foi eleito presidente.

Reformas de base: origem da municipalização dos serviços de saúde

O estilo pessoal de Jânio Quadros – com a vassoura para varrer os corruptos e a proibição da briga de galo e do uso de biquínis – ao mesmo tempo que havia angariado uma votação expressiva, com quase dois milhões de votos de diferença do segundo colocado, general Henrique Lott (PSD/PTB), deixava seus eleitores confusos. Internamente, o novo presidente reprimiu protestos dos camponeses no Nordeste e mandou prender estudantes; externamente, reatou relações diplomáticas e comerciais com o bloco comunista. Tomava medidas impopulares, como o congelamento dos salários e a desvalorização do cruzeiro, e, simultaneamente, interferia nos interesses do imperialismo norte-americano e da classe dominante brasileira ao restringir a remessa de lucros para o exterior. Desagradava a gregos e troianos. A gota d'água foi a condecoração de Che Guevara, que deu a Carlos Lacerda o argumento que lhe faltava para desencadear uma campanha antijanista. Oito meses após o início de seu mandato, em 25 de agosto de 1961, Jânio Quadros apresentou uma carta-renúncia em que acusava "forças ocultas terríveis" por seu gesto. Há duas versões para seu ato: teria sido deposto pelo comandante-chefe do Exército, general Cordeiro de Farias, ou teria renunciado com esperanças de voltar nos braços do povo e, dessa forma, controlando o Congresso Nacional.

Com a renúncia de Jânio Quadros, o vice João Goulart deveria assumir a presidência. Identificado com o populismo getulista, Jango tampouco angariava a simpatia dos norte-americanos, da elite nacional e dos militares. Estes, que detinham o poder, para impedir a posse de Goulart, declararam estado de sítio, controlaram os meios de comunicação, intervieram nos sindicatos, prenderam deputados e até o general Lott, identificado como subversivo. A solução para o impasse, naquele momento, foi a aprovação da emenda parlamentar que instituiu o regime parlamentarista no Brasil, limitando os poderes do presidente da República. Em janeiro de 1963, por meio de um plebiscito, o regime de governo voltou a ser presidencialista.

A renúncia de Jânio Quadros iniciou um período tumultuado para o país, que terminaria no golpe militar de 31 de março de 1964. O regime democrático só retornaria depois de uma lenta, gradual e pactuada transição em 1985.

No Ministério da Saúde, verificou-se um verdadeiro 'baile das cadeiras' na poltrona do ministro. Até o momento do golpe militar, sucederam-se seis ministros, nenhum deles conseguindo dirigir a pasta durante um ano sequer. Wilson Fadul, deputado do PTB eleito por Campo Grande (na época Mato Grosso), estava no seu décimo mês de exercício do cargo quando os militares tomaram o poder.

No XV Congresso de Higiene, realizado em dezembro de 1962, em Recife, o ministro da Saúde, Souto Maior, apresentou um conceito ampliado de saúde que buscava consolidar uma nova política sanitária. A saúde da população deveria ser entendida como suas condições globais de trabalho. Reconhecia um círculo vicioso entre pobreza e doença e subordinava

sua interrupção a um projeto de desenvolvimento nacional, com base em algumas reformas estruturais da sociedade e na melhoria da distribuição da riqueza nacional. Nesse mesmo Congresso, a indústria farmacêutica nacional manifestou-se enfaticamente contra a crescente desnacionalização do setor e denunciou a sua perda de competitividade diante dos grandes laboratórios estrangeiros. A expansão das multinacionais de medicamentos era percebida como fator capaz de influenciar a orientação política do setor saúde via construção de um modelo de ampliação descontrolada do atendimento médico-hospitalar (Labra, 1988).

Em julho de 1963, o ministro Wilson Fadul encaminhou ao presidente da República João Goulart a solicitação de que este convocasse a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Como argumentos, Fadul apresentava as recomendações aprovadas no XV Congresso Brasileiro de Higiene e os princípios enunciados no Plano Trienal – elaborado por Celso Furtado – como diretrizes da política de saúde que deveriam ser debatidas pelas autoridades estaduais e municipais, coordenando esforços com a administração federal "para que logrem resultados mais convincentes na ação do poder público em defesa da saúde coletiva" (Brasil, 1991: 5).

3ª Conferência Nacional de Saúde

Foi realizada em dezembro de 1963, na cidade do Rio de Janeiro, com a finalidade de examinar a "situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do País" (Brasil, 1991: 7). Os quatro temas oficiais foram: Situação sanitária da população brasileira; Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; Municipalização dos serviços de saúde e Fixação de um plano nacional de saúde.

Mário Magalhães da Silveira foi designado pelo ministro da Saúde, Wilson Fadul, para constituir a comissão organizadora e ser o secretário-geral da conferência. O Grupo de Planejamento do Ministério da Saúde, coordenado por Mário Magalhães, tinha por atribuição elaborar o Plano Nacional de Saúde e assegurar a sua execução e coordenação.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada uma 'reunião administrativa' na qual foram aceitos para discussão apenas documentos apresentados por órgãos da administração pública. As proposições e a organização da conferência foram norteadas pela ideia de introduzir técnicas de planejamento ascendente (dos municípios para os estados e destes para o nível federal) no setor saúde.

Noventa e cinco pessoas, das quais apenas quatro mulheres, participaram como delegados desta conferência. O discurso do presidente da República, João Goulart, na sessão inaugural, continha as ideias de Mário Magalhães:

"Permitam-me, porém, os eminentes técnicos dos sistemas de Saúde Pública do país, valendo-me da experiência do constante convívio com os trabalhadores das cidades e com a verdadeira massa de párias da nossa agricultura, que faça uma advertência, diante de enganadoras perspectivas que possam abrigar segundo as quais é possível obter-se uma profunda melhoria da saúde de nossas populações, com a simples aplicação de medidas de ordem médico-sanitária: a Saúde, sabem os senhores mais do que eu, é um índice global, resultante de um conjunto de condições – boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação, assistência médico-sanitária, diversões e ainda outros fatores que só podem ser conseguidos em consequência do desenvolvimento econômico da nação e da distribuição equitativa de suas riquezas" (Brasil, 1991: 21).

No discurso presidencial, estavam também as referências à "incorporação dos municípios do país em uma rede básica de serviços médico-sanitários, que forneçam a todos os brasileiros um mínimo indispensável à defesa de sua vida" e à manutenção da política governamental, "as reformas indispensáveis da estrutura econômico-social do Brasil para que seja intensificado o desenvolvimento

nacional e a população brasileira possa, assim, atingir a elevados níveis de saúde" (Brasil, 1991: 23). Nos anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, publicados apenas em 1991 pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói, por iniciativa do Movimento Socialista de Saúde do Partido Democrático Trabalhista (PDT), o documento sobre a situação sanitária da população brasileira ocupava a maior parte. O relatório examinava as relações entre saúde e desenvolvimento com indicadores do subdesenvolvimento nacional, apresentava a situação de 23 doenças, analisava as condições de saneamento e concluía com alguns indicadores (Fadul, 1978; Brasil, 1991).

A estratégia da municipalização condensou o novo projeto sanitário, que pretendia ser descentralizado e sustentado em um modelo de cobertura dos serviços de saúde, começando pelo atendimento básico prestado por auxiliares da saúde e se estendendo até o nível terciário, com atendimento médico-hospitalar especializado. "O que foi sugerido na Conferência Nacional de 1963 era uma lei municipal para todos os municípios criarem seus serviços de saúde. Em 1963, dos 3.677 municípios havia 2.100 sem nenhuma estrutura de saúde" (Fadul, 1978: 74).

Os últimos meses do governo João Goulart caracterizaram-se, na área da saúde, por uma intensa polêmica entre os interesses nacionais e os do capital estrangeiro representados pelo então embaixador norte-americano no Brasil, Lincoln Gordon. Em setembro de 1963, um decreto presidencial limitou a transferência de divisas da indústria farmacêutica para o exterior e, no Ministério da Saúde, começou-se a investigar casos de superfaturamento na importação de matérias-primas para a produção de medicamentos.

O decreto de setembro criou o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica, levando as principais firmas norte-americanas sediadas em São Paulo a elaborarem um documento em defesa de seus interesses, acrescido de outro documento extremamente crítico sobre a fixação do preço do remédio na embalagem, enviados ao embaixador Gordon. Como o ministro da Saúde reiterasse os propósitos de controlar a indústria farmacêutica, um dia após uma audiência, o diretor da U. S. Agency for International Development (Usaid), representante das multinacionais de medicamentos no país, enviou correspondência informando que o governo norte-americano, "por restrições orçamentárias, não podia continuar a colaboração que vinha prestando ao governo [brasileiro] no combate à malária" (Fadul, 1978: 69).

No fim da década de 1950, os Estados Unidos haviam proposto, por intermédio da Opas, um projeto de erradicação da malária na América Latina com a borrifação de DDT. O plano dependia da aprovação do Brasil, por ter fronteiras com quase todos os países, mas o Brasil já tinha uma estrutura de controle da malária que funcionava muito bem e os técnicos brasileiros olharam com ceticismo a erradicação com a borrifação do inseticida. Os americanos insistiram e passaram a doar o DDT. O governo brasileiro acabou aceitando. No entanto, "esse plano de erradicação tinha uma estrutura caríssima, exigia equipamentos, transporte e envolvia mais de 13 mil funcionários" (Fadul, 1978: 70).

Quando teve seus interesses contrariados no campo dos medicamentos e conhecendo a dependência de DDT que havia sido criada, o diretor da Usaid retirou a doação do DDT e fez uma proposta de venda dos produtos, que seriam transportados por navios americanos. O ministro da Saúde, Wilson Fadul, fez uma contraproposta de transporte de pelo menos 50% do inseticida sob bandeira brasileira. Assim estava criado o impasse quando, em 31 de março de 1964, Fadul saiu do ministério. Uma semana depois do golpe militar, o novo ministro da Saúde, Raimundo de Moura Brito, assinou o acordo.

O governo João Goulart promulgou, em 2 de março de 1963, a lei que estendia a previdência social aos trabalhadores rurais através do Estatuto do Trabalhador Rural. Mas, assim como aconteceu com a Lops, essas medidas sociais não encontraram um contexto político que permitisse a sua implementação.

Entre setembro de 1961 e abril de 1964, durante o governo João Goulart, as crises se sucederam. Jango lançou o Plano Trienal, de autoria do ministro do Planejamento, Celso Furtado, e o programa de reformas de base – administrativa, fiscal, agrária e bancária –, que inquietaram enormemente as elites e os militares. O estopim do golpe militar foi o discurso de Jango na Central do Brasil, no Rio de Janeiro, em 13 de março de 1964, quando apresentou a política das reformas de base. Num cenário já radicalizado tanto para a esquerda quanto para a direita, eclodiu o motim dos marinheiros no protesto contra a punição dos diretores da Associação dos Marinheiros e Fuzileiros Navais. Em 30 de março de 1964, no Automóvel Clube do Rio de Janeiro, o presidente da República fez um discurso criticando os oficiais e apoiando as reivindicações dos marinheiros. Não faltava mais nada. Em 31 de março, o Comando Geral dos Trabalhadores divulgou a convocação de uma greve geral para o dia seguinte, 1º de abril, que não aconteceu. No mesmo dia, a movimentação militar iniciou por Minas Gerais e, conseguindo adesões de outras unidades militares, depôs o presidente e ocupou direta e indiretamente o poder por 21 anos.

Jango, dirigido por Silvio Tendler (1984), retrata a carreira política do presidente deposto pelos militares em 1º de abril de 1964. No filme, Tendler procurou mostrar a política brasileira da década de 1960, desde a candidatura de Jânio Quadros, passando pelo golpe militar, as manifestações da UNE e os exílios. O documentário é narrado pelo ator José Wilker e conta com depoimentos de Magalhães Pinto, Aldo Arantes, Raul Ryff, Afonso Arinos e Francisco Julião, entre outros.

Para refletir

Identifique na política de saúde contemporânea elementos dos modelos de saúde pública denominados de 'sanitarismo campanhista' e 'sanitarismo desenvolvimentista', assim como na política previdenciária os aspectos oriundos dos modelos de seguro social e de seguridade social.

Leituras recomendadas

COSTA, N. do R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário*. Petrópolis: Vozes, 1985.

FAUSTO, B. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 1995.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

IGLESIAS, F. *Trajetória Política do Brasil: 1550-1964*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

KOSHIBA, L. & PEREIRA, D. M. F. *História do Brasil*. 7. ed. São Paulo: Atual, 1996.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MALLOY, J. *A Política da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec, 1992.

OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/Fiocruz, 2010.

Sites de interesse

Academia Nacional de Medicina (ANM): www.anm.org.br/historia.asp

Casa de Oswaldo Cruz (COC): www.coc.fiocruz.br

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB): www.cmb.org.br

Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC): www.cpdoc.fgv.br

Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB): www.ihgb.org.br

Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul: www.muhm.org.br

Museu Nacional: www.museunacional.ufrj.br

Referências

ALVES, R. Mensagem presidencial. *O País*, 14 nov. 1906.

BENCHIMOL, J. (Coord.) *Manguinhos do Sonho à Vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

BENCHIMOL, J. & TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos & Outros Bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, UFRJ, 1993.

BRASIL. *Conferência Nacional de Saúde,* 3. Ministério da Saúde, 1963. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1991.

CAMPOS, A. L. V. de. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CARVALHO, J. M *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASTRO SANTOS, L. A. de. A Reforma Sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados*: *Revista de Ciências Sociais*, 36(3): 361-392, 1993.

COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário*. Petrópolis: Vozes, 1985.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/ Fiocruz, 2010.

ESCOREL, S. *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

FADUL, W. Minha política nacional de saúde. *Saúde em Debate*, 7-8: 67-76, abr.-maio-jun. 1978.

FERNANDES, T. M. *Vacina Antivariólica: ciência, a técnica e o poder dos homens 1808-1920*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FONSECA, C. M. O. Saúde pública no governo Vargas. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/ Fiocruz, 2010.

GOMES, A. C. O populismo e as ciências sociais no Brasil: notas sobre a trajetória de um conceito. *Tempo*, 1(2): 31-58, 1996.

HAMILTON, W. & FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério de Saúde em 1953. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, 10(3): 791-825, set.-dez. 2003.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-45. *In*: PANDOLFI, D. (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. *In*: CASTRO GOMES, A. de (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

HOCHMAN, G. & LIMA, N. T. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil redescoberto pelo movimento sanitarista da primeira república. *In*: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CCBB, 1996.

KROPF, S. P. & LIMA, N. T. A doença de Chagas e o movimento sanitarista da década de 1910. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/ Fiocruz, 2010.

LABRA, M. E. 1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. *In*: TEIXEIRA, S. M. F. (Coord.) *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: PEC, Ensp, 1988. (Textos de apoio PEC/Ensp).

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. *In*: FINKELMAN, J. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Opas, OMS, 2002.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MAGALHÃES, M. A política de saúde pública no Brasil nos últimos 50 anos. *In*: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 1, 1980, Brasília. *Anais*... v. 1 Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1980.

MERCADANTE, O. A. *et al.* (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

PAULA, S. G. & BRAGA, J. C. de S. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.

PIRES-ALVES, F. A. & PAIVA, C. H. A. Pós-guerra, Estado de Bem-Estar e desenvolvimento. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/Fiocruz, 2010.

PIRES-ALVES, F. A. & FALLEIROS, I. Ciência, técnica e a fragmentação da saúde. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/ Fiocruz, EPSJV/Fiocruz, 2010

PONTE, C. F. A criação do Ministério da Saúde. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/Fiocruz, 2010.

REIS, J. R. F. Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/ Fiocruz, 2010.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1987.

TEIXEIRA, L. A. *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

TELAROLLI JUNIOR, R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996.

VIANNA, M. L. T. W. *A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revam, Ucam, Iuperj, 1998.

WEFFORT, F. *O Populismo na Política Brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

11. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária

Sarah Escorel

O presente capítulo dá continuidade à análise da historicidade das políticas de saúde iniciada no capítulo anterior e adota a mesma metodologia ao examinar, em cada conjuntura, o contexto social, político e econômico para apresentar os principais acontecimentos na área da saúde.

O período entre o golpe militar de 1964 e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, está subdividido em quatro momentos. Inicialmente discute-se a primeira década do regime militar, suas consequências nas condições da saúde e as ideias que começam a ser geradas nos departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina. O segundo momento refere-se ao processo de distensão do regime autoritário e à articulação do movimento sanitário. Em seguida, são analisados o último governo militar, a crise da previdência social e as possibilidades que esta abre para a entrada no aparelho de Estado de militantes da Reforma Sanitária. Por fim, no período da Nova República, destacam-se a ocupação de espaços de poder pelos representantes do movimento da Reforma Sanitária, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o processo constituinte e a aprovação do direito à saúde em 1988, encerrando-se com a legislação infraconstitucional que estabelece um novo desenho da atenção em saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS).

1964-1974: Autoritarismo e privatização – a primeira década da ditadura militar

A primeira fase do regime militar iniciado com o golpe, em abril de 1964, engloba os governos do marechal Castelo Branco (1964-1967), do general Costa e Silva (1967-1969), da Junta Militar (1969), que ocupou o comando da nação quando Costa e Silva adoeceu, e do general Médici (1969-1974).

O regime ditatorial governou o país por meio de atos do Executivo que suprimiram, progressivamente, os direitos políticos e civis. Em abril de 1964, o Ato Institucional (AI) n. 1, que conferiu poderes ao Congresso para eleger o presidente da República, cassou mandatos, prendeu 'subversivos' e submeteu os líderes políticos, estudantis e operários aos Inquéritos Policiais Militares (IPMs). Nesse mesmo mês, Castelo Branco foi eleito presidente

da República pelo Congresso Nacional. Em 1965, os partidos existentes foram dissolvidos e o bipartidarismo foi instituído: o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), congregando a oposição consentida pelos militares, e a Aliança de Renovação Nacional (Arena), partido do governo. Na ausência de liberdades democráticas, dizia-se que um era o partido do 'sim', e o outro, o partido do 'sim, senhor'. Em 1967, foi aprovada uma nova Constituição que institucionalizou o regime militar e suas formas de atuação.

O governo Castelo Branco estabeleceu a institucionalidade do novo regime, ou seja, as regras do jogo que perdurariam por quase vinte anos. O AI-2, de outubro de 1965, ampliou os poderes do Executivo, aumentou o número de ministros do Supremo Tribunal Federal para garantir maioria ao governo nesse âmbito em que eram julgados os crimes contra a segurança nacional, institucionalizou a eleição indireta para a Presidência da República e decretou que funcionários civis e militares poderiam ser sumariamente demitidos quando suas atividades fossem consideradas "incompatíveis com a revolução". Esse ato teve vigência até ser substituído pela Lei de Segurança Nacional e pela nova Constituição de 1967.

O AI-3 determinou a eleição indireta dos governadores e a nomeação dos prefeitos das capitais pelos governadores em fevereiro de 1966. O AI-4, em dezembro do mesmo ano, convocou o Congresso Nacional para votar a nova Constituição, promulgada em janeiro de 1967, e que conferia amplos poderes ao presidente da República. Ainda assim, voltaria a ser modificada em outubro de 1969, centralizando ainda mais o poder no Executivo.

Ao governo de Castelo Branco, considerado como da linha mais democrática entre os militares, seguiu-se a indicação do seu ministro do Exército, general Costa e Silva, conhecido como militar da 'linha dura'. Eleito presidente da República, também pelo Congresso Nacional, em 1967, Costa e Silva teve seu governo marcado por protestos e manifestações, como a Passeata dos Cem Mil, organizada pela União Nacional dos Estudantes (UNE) no Rio de Janeiro. Ocorreram greves de operários em Contagem (MG) e Osasco (SP). Movimentos de esquerda começaram a se organizar, realizando assaltos a bancos e sequestros de diplomatas estrangeiros.

Em dezembro de 1968, foi decretado o AI-5, que deu ao regime poderes absolutos e cuja primeira e maior consequência foi o fechamento por quase um ano do Congresso Nacional. Dando início ao período de repressão mais intensa do regime militar, o AI-5 também cassou mandatos de senadores, deputados, prefeitos e governadores; interveio no Poder Judiciário, inclusive demitindo juízes; tornou legal legislar por decretos; decretou estado de sítio; suspendeu a possibilidade de qualquer reunião; recrudesceu a censura, determinando a censura prévia, que se estendia à música, ao teatro e ao cinema; e suspendeu o *habeas corpus* para os chamados crimes políticos.

Entre agosto e outubro de 1969, o Brasil foi governado por uma Junta Militar composta pelos ministros do Exército, da Marinha e da Aeronáutica, que assumiu o poder devido ao adoecimento do presidente Costa Silva e à resistência dos militares a dar posse a Pedro Aleixo, o vice-presidente civil. Nesse período, ocorreram novos sequestros que exigiram e conseguiram a libertação de presos políticos. Em setembro de 1969, o governo decretou a Lei de Segurança Nacional, que instituiu o exílio e a pena de morte.

O general Médici, escolhido pela Junta Militar, assumiu a presidência da República em 1969 e comandou os 'anos de chumbo', período em que foi mais aguda a tortura em presos políticos. A intensa repressão política esteve associada ao chamado 'milagre econômico',

uma fase de grande crescimento na economia, cujos resultados eram usados para mascarar a falta de liberdade. A teoria formulada naquele momento de 'esperar o bolo crescer para depois dividir' apresentaria seus resultados no aumento da desigualdade social.

Na análise de Guillermo O'Donnell (1982), os regimes autoritário-burocráticos caracterizam-se, em sua primeira fase, por ter duas grandes tarefas a cumprir: restaurar a ordem na sociedade – o que significa reprimir toda e qualquer discordância – e normalizar a economia, geralmente por meio de arrocho salarial e da transnacionalização crescente da estrutura produtiva. O tripé sobre o qual se sustentou o regime autoritário-burocrático brasileiro estava constituído pelo capital internacional, o grande capital nacional e a tecnoburocracia civil e militar. Embora existisse muito antes da ditadura militar, foi nesse regime que a tecnoburocracia se expandiu, desempenhando um papel não apenas técnico e administrativo, mas também político.

O processo de modernização autoritária levado a cabo durante a primeira década do regime militar, subordinado aos interesses do grande capital multinacional e nacional, promoveu uma grande reestruturação do aparelho de Estado por meio das reformas financeira e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967. As reformas administrativa e tributária diminuíram a participação dos gastos públicos no Produto Interno Bruto (PIB). Os investimentos na infraestrutura econômica aumentaram enquanto diminuíram os gastos com as políticas sociais. Foi realizada uma centralização financeira no governo federal, esvaziando o papel dos estados e municípios, e estes passaram a depender da transferência de recursos realizada pela União. Todas essas reformas, feitas sob a égide de modernizar os aparelhos de Estado, tinham como principal objetivo favorecer a acumulação capitalista, não apenas facilitando esse processo como também submetendo o Estado às regras do capital privado (Teixeira *et al*., 1988).

Baseados em Singer (1976) e Tavares e Assis (1985), Sonia Fleury Teixeira e colaboradores (1988) identificam que, na medida em que as reformas conseguiram normalizar a economia, mas não acelerar o crescimento, a partir de 1968 foi implementada uma política de expansão do crédito. A construção civil através do Banco Nacional da Habitação (BNH), a indústria automobilística e outras indústrias de bens duráveis de consumo, como eletrodomésticos, experimentaram forte expansão entre 1968 e 1971. O capital internacional encontrava no país as condições ideais para investimento: mão de obra abundante, salários baixos e repressão à atividade política e à organização sindical. Por outro lado, a entrada de recursos externos estava associada à política econômica que trocou o modelo de substituição de importações pela prioridade às exportações. A agricultura familiar e de subsistência foi substituída por projetos agroindustriais voltados para o mercado externo. A política governamental de isenções e subvenções fiscais e a conjuntura favorável no mercado mundial conseguiram quadruplicar o volume de exportações entre 1967 e 1973.

Nesse período de 'milagre econômico', em que o PIB cresceu a uma média anual de 10%, aumentou também o endividamento externo. A partir de 1973, começaram a surgir problemas na continuidade dessa política econômica devido aos limites da infraestrutura física e, em 1974, os efeitos da primeira crise do petróleo indicaram que a estratégia de 'crescer para fora' estava esgotada.

O saldo dos dez anos de regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da

oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde, enfim, as precárias condições de vida de uma grande parcela das populações urbanas. "A mortalidade infantil em São Paulo é hoje mais elevada que em 1962", declarou Paulo de Almeida Machado ao tomar posse no ministério da Saúde, em 1974, quando se iniciava o governo Geisel. Os resultados das eleições de novembro de 1974, com a canalização dos votos para o MDB, que conseguiu eleger 16 senadores contra seis da Arena, demonstraram que as classes médias urbanas e os setores empobrecidos da população haviam retirado seu apoio ao governo militar.

Em termos de políticas sociais, as principais medidas implementadas no período foram: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), criado em 1967, substituindo a Lei de Estabilidade no Emprego e que se tornou o maior fundo social do país, viabilizando a existência do BNH e do Plano Nacional de Saneamento (Planasa); o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (Pasep), criados em 1970, que tinham como objetivo dar participação ao empregado nos lucros da empresa e no crescimento da economia; e a reformulação do sistema previdenciário (Teixeira *et al.*, 1988).

Durante toda essa primeira década do regime autoritário-burocrático, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da lógica e do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde, construído a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) deu início ao período de

> consolidação da duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde (...) A fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde. (Mercadante *et al.*, 2002: 240)

A primeira medida foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase), no INPS, o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados.

> A progressiva eliminação da gestão tripartite (União, empregadores e empregados) das instituições previdenciárias, no período que se inicia em 1966 e termina com sua exclusão em 1970, só pode ser entendida como parte de um projeto mais amplo, de reorganização das relações Estado/trabalhadores, caracterizado pelo afastamento destes últimos dos processos decisórios. (Oliveira & Teixeira, 1986: 203)

A criação do INPS, em 1966, configurou uma medida de racionalização administrativa sem alterar a tendência do período anterior de expansão dos serviços, em particular da assistência médica e da cobertura previdenciária. A função de capitalização, até então atribuição da previdência social, passou para outros mecanismos de poupança compulsória, como FGTS, PIS e Pasep. Dessa forma, centralizada e unificada no INPS, a previdência passou a ter função assistencial e redistributivista, ainda que esta estivesse limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada.

A tendência à universalização da cobertura previdenciária foi ocorrendo por meio da ampliação da abrangência das ações e da incorporação de segmentos de trabalhadores. Em 1967, os acidentes de trabalho foram incorporados no âmbito das ações previdenciárias; em 1971, foram criados o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e o Fundo de

Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural); em 1972, a cobertura previdenciária incorporou as empregadas domésticas e, em 1973, os trabalhadores autônomos. Os demais cidadãos que não contribuíam para a previdência social obtinham atenção à saúde em centros e postos de saúde pública, desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, controle da tuberculose, da hanseníase etc.), em serviços de saúde filantrópicos, como as Santas Casas, ou em consultórios e clínicas privadas, desde que tivessem esse poder aquisitivo.

Oliveira e Teixeira (1986) apontam cinco características da previdência social no período:

- extensão da cobertura previdenciária abrangendo todos os trabalhadores urbanos formalmente inseridos;
- privilegiamento da prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo;
- estímulo à criação de um complexo médico-industrial (Cordeiro, 1980) com elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e de equipamentos, em decorrência da modalidade de atenção à saúde que foi privilegiada;
- desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, devido à atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo de serviços de saúde, por intermédio da previdência social;
- organização da prática médica em moldes mais capitalistas, passando a diferenciar o atendimento em termos da clientela, tornada possível pela interferência estatal no setor saúde.

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros, no modelo adotado pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI). A orientação de privilegiar o setor privado de serviços de saúde foi, no âmbito da previdência social, a expressão da diretriz estabelecida na Constituição de 1967 e reiterada na Constituição de 1969, consubstanciada no decreto-lei n. 200/1968, sobre a Reforma Administrativa. Esta preconizava em cada ministério o abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível, ao nível normativo (Oliveira & Teixeira, 1986).

> Os anéis ou elos, que ligaram segmentos da burocracia estatal previdenciária a órgãos como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), fundada em 1964, e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), associaram interesses e poder no sentido de garantir o projeto político-ideológico da compra de serviços médicos a particulares. Estas duas entidades progressivamente [até 1979] deslocariam o poder político da Associação Médica Brasileira (AMB), que representa a tendência ideológica da Medicina Liberal. (Cordeiro, 1980: 162)

No caso da previdência, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. A contratação de serviços privados de saúde, especialmente hospitais e laborató-

rios, era feita por meio de credenciamento e remunerada por Unidades de Serviço (US), modalidade de pagamento denominada por Carlos Gentile de Mello (1981) como "fator incontrolável de corrupção". Na medida em que os preços tabelados em US eram baixos e na ânsia de tornar a medicina uma atividade lucrativa, os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou ainda escolhiam fazer apenas aquelas que eram mais bem remuneradas, como o parto por cesariana em vez do parto normal. O estímulo à iniciativa privada pode ser evidenciado no aumento do número de leitos privados lucrativos: em 1960, 14,4% do total de leitos eram privados e, em 1971, esse número subiu para 44% (Cordeiro, 1980).

Outra modalidade de atenção à saúde sustentada pela previdência social, que passou a ser expressiva nesse período, refere-se aos convênios com empresas, a chamada 'medicina de grupo'. Nesses convênios, a empresa passava a ficar responsável pela assistência médica aos seus empregados e, dessa forma, deixava de contribuir para o INPS. Para prestar serviços de saúde aos seus trabalhadores, contratava uma empresa médica (ou de 'medicina de grupo' ou 'grupo médico') pagando antecipadamente (pré-pagamento) um valor fixo por trabalhador a cada mês. A medicina de grupo, orientada pelo lucro, tinha total interesse em diminuir a quantidade de serviços prestados e baratear os custos desses serviços.

Esse tipo de convênio, incorporado na previdência social a partir de 1964, teve um crescimento muito rápido, concentrando-se em empresas com média salarial elevada, localizadas, principalmente, no estado de São Paulo. "Em 1977 existiam 4.699 convênios desse tipo abrangendo 1.801.082 segurados que, com seus dependentes, perfaziam o total de 4.337.187 beneficiários, ou seja, cerca de 10% da população previdenciária da época (segurados: 17.900.000 e beneficiários: 59.300.000)" (Oliveira & Teixeira, 1986: 228).

Entretanto, a previdência social continuava a atender os empregados dessas empresas nos casos mais complexos ou que exigiam mais tempo de internação. Essa modalidade previdenciária destinada à elite da força de trabalho brasileira segmentou ainda mais os beneficiários que estavam separados em três programas distintos: o Ipase, para os funcionários públicos; o INPS, para os trabalhadores urbanos; e o Funrural, para os trabalhadores rurais. Em 1976, toda a legislação previdenciária foi estabelecida na Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS).

Para refletir

Devido ao fato de a previdência social ter privilegiado o setor privado prestador de serviços durante a década de 1970, quais repercussões podem ser identificadas até os dias atuais na estrutura de oferta de serviços de saúde do SUS?

Nesse período, como assinalado, o Ministério da Saúde foi relegado a um segundo plano por ser "disfuncional à modernização, já que sua atuação era no âmbito coletivo, e financiada pelo orçamento fiscal da União, sem a preocupação com retorno monetário" (Teixeira *et al.*, 1988: 50). Essa condição também ocorreu por ter sido o lócus privilegiado de implementação do projeto nacional-desenvolvimentista derrotado pela ditadura militar.

Ainda que o decreto-lei 200, de fevereiro de 1967, atribuísse ao Ministério da Saúde a competência para formular a política nacional de saúde, além de subordinar a assistência

médica previdenciária à política nacional de saúde – dispositivo revogado em 1974 –, essas atribuições conflitavam com o orçamento precário e decadente do ministério (Oliveira & Teixeira, 1986), que passou de 4,6% do orçamento global da União em 1961 para 0,9% em 1974 (Cordeiro, 1980).

A saúde pública "tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população" (Escorel, Nascimento & Edler, 2005: 63). Em 1973, no auge do 'milagre econômico', os recursos destinados ao ministério correspondiam a apenas 1% do orçamento da União, enquanto ao Ministério dos Transportes e às Forças Armadas, por exemplo, eram reservados 12% e 18%, respectivamente (Ponte, 2010a).

Em setembro de 1967, foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida pelo ministro Leonel Miranda. Assumindo, novamente, o caráter técnico das primeiras Conferências de Saúde, a 4ª CNS abordou quatro tópicos relativos aos recursos humanos: o profissional da saúde de que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; e responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.

Foi a partir do próprio Ministério da Saúde que surgiu a proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS), conhecido como Plano Leonel Miranda, que, em 1968, era o ministro da Saúde. Esse plano pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas. O Estado ficaria apenas com o papel de financiar os serviços privados, que seriam, também, custeados em parte pelos próprios pacientes, que exerceriam a livre escolha dos profissionais e dos serviços. Isso possibilitaria, segundo o plano, a universalização do acesso à assistência médica e sua integração sob a égide do Ministério da Saúde.

Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências – ostensivamente dos profissionais de saúde, sindicatos de trabalhadores e governos estaduais e, veladamente, do próprio corpo técnico da previdência social (Mercadante *et al.*, 2002). O PNS entrava em conflito com a expansão de cobertura dos benefícios previdenciários, base de legitimação do regime junto às classes trabalhadoras, além de sustentar-se na prática da medicina em consultórios privados num momento em que as transformações impostas pelo desenvolvimento tecnológico na área da saúde e a crescente especialização exigiam novas formas de organização, nas quais o assalariamento dos médicos era dominante.

O 'sanitarismo campanhista' estava concentrado na Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), criada em 1969, com a fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e das campanhas de erradicação da malária e da varíola, transformando-se no órgão de maior penetração rural no país. A Sucam, por meio de seus 'guardas sanitários', era responsável pelo controle ou erradicação das endemias de Chagas, malária, esquistossomose e febre amarela, e pelo desenvolvimento de cinco campanhas contra a filariose, o tracoma, a peste, o bócio endêmico e as leishmanioses. Em 1990, a Sucam e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) seriam extintas, passando seus corpos técnicos e administrativos a integrar a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

Ainda no âmbito da saúde pública, a primeira década do regime militar deixou suas marcas no episódio conhecido como 'massacre de Manguinhos' (Lent, 1978). Em 1964, o pesquisador Rocha Lagoa foi nomeado pelo governo militar como diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Sob falsas acusações, o diretor e seus auxiliares empreenderam uma série de perseguições a diversos pesquisadores, inclusive rejeitando financiamentos obtidos por influência pessoal dos pesquisadores junto a órgãos nacionais e internacionais, como foi o caso de Walter Oswaldo Cruz. Acusado de fazer proselitismo político contrário ao diretor do instituto e ao regime militar, esse pesquisador teve seu laboratório fechado, falecendo, prematuramente, em janeiro de 1967.

Em 1º de abril de 1970, o então ministro da Saúde, Rocha Lagoa, conseguiu, sob o manto do AI-5, cassar os direitos políticos de dez cientistas do IOC. Eles foram sumariamente aposentados e impedidos de lecionar e pesquisar em qualquer centro científico do país. Ainda mais, não poderiam exercer qualquer atividade em instituição de ensino ou pesquisa particular que recebesse financiamento do governo, o que levou muitos deles a emigrar.

A partir desse momento, a instituição entraria em um período de decadência revertida a partir de 1975. A reintegração dos cassados de Manguinhos foi realizada em 1985, pelo então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sergio Arouca, em cerimônia simbólica em frente ao castelo da instituição, com a presença do presidente da República, José Sarney, e do presidente da Câmara dos Deputados, Ulysses Guimarães.

Origens do movimento da Reforma Sanitária

Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final da década de 1960 e início da seguinte – que se transformou a abordagem vigente dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social. A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos departamentos de Medicina Preventiva (DMP) criados, por lei, em todas as faculdades de medicina na Reforma Universitária de 1968. Nesses locais, iniciou-se o que chamamos as bases universitárias do movimento sanitário (Escorel, 1999), um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde.

A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde significa a adoção da teoria do materialismo histórico e dialético, do marxismo, para analisar os processos de saúde e de adoecimento numa determinada sociedade. Isso envolve considerar a determinação da infraestrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais.

O início do processo está situado no começo da década de 1960, quando se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica incutindo no profissional uma nova atitude (a prevenção) sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde (Arouca, 2003). No Brasil, o discurso preventivista foi incorporado, mas com mudanças importantes, dado o papel desempenhado pelo Estado brasileiro na assistência médica.

A tese de doutorado de Maria Cecília Donnangelo, orientada por Luiz Pereira, defendida em 1973 e publicada em 1975 (*Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*), é o trabalho seminal sobre as **práticas médicas** no Brasil. Nesse trabalho, a professora analisa "as formas pelas quais o médico, enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção de serviços de saúde".

A tese de livre-docência, defendida em 1976, estuda a "medicina como prática social articulada a outras práticas, em uma específica estrutura social, e a constituição do campo da medicina comu-

nitária, por referência às formas assumidas, em determinadas sociedades, em suas relações com a política de bem-estar social". Esta tese foi publicada em 1979, com o título *Saúde e Sociedade*, contendo também um apêndice, "Capitalismo e saúde", escrito por Luiz Pereira, com base nas notas elaboradas para a arguição oral de Donnangelo. Para conhecer mais sobre a obra de Donnangelo, leia o artigo de Everardo Duarte Nunes, "Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde" (2008).

A construção desse novo pensamento sobre saúde recebeu estímulos também da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que, ao longo da década de 1960, divulgou a aplicação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde. A mesma organização disseminou nos países latino-americanos os programas de medicina comunitária voltados para os grupos mais pobres, caracterizados por serem de baixo custo, simplificados e que contavam com a participação da comunidade na sua execução.

Os programas de medicina comunitária, até 1970, em sua maior parte estavam vinculados aos DMPs e eram utilizados como campo de prática na formação de internos e residentes de medicina visando a propiciar uma visão extramuros, extra-hospitalar, mais 'integral'. Setores estudantis insatisfeitos tanto com sua formação quanto com suas perspectivas profissionais e politizados ou com certa consciência social também se interessaram por esses programas.

Os programas experimentais de práticas de saúde desenvolvidos pelos DMPs estavam legitimados pelo discurso internacional e, eventualmente, mesmo para o governo, poderiam ser alternativas viáveis para atender à crescente pressão por assistência à saúde. Posteriormente, as experiências alternativas viriam a produzir mudanças no campo da saúde pública, estabelecendo modelos diferenciados de atenção à saúde, bases de projetos de transformação do sistema de saúde implementados na década seguinte.

Experiências alternativas

Orientado pelo discurso da medicina preventiva e pelas experiências de medicina comunitária, e estimulado por organismos internacionais como Opas, Fundação Kellogg, Fundação Ford, entre outros, a partir da segunda metade da década de 1960 foi desenvolvido um conjunto de projetos alternativos que viriam a constituir a experiência acumulada do movimento sanitário de transformação do Sistema Nacional de Saúde (Escorel, 1999).

Esses projetos, inicialmente vinculados à formação de profissionais da saúde, ultrapassaram esse âmbito constituindo, em maior ou menor escala, propostas de novos modelos de organização da atenção à saúde. "Questões como regionalização, hierarquização, racionalização do uso de recursos (utilização de tecnologia simplificada, delegação de funções para auxiliares de saúde), organização dos serviços de saúde no sentido de voltá-los às necessidades de saúde da população, democratização dos serviços pela participação popular, foram incorporadas" (Teixeira *et al.*, 1988: 59).

Em 1976, existiam 74 departamentos de medicina preventiva ou similares, dos quais 47% não desenvolviam qualquer prática de atenção à saúde comunitária, ou seja, eram departamentos 'formais', criados por imposição da Reforma Universitária. Outros 22% estavam orientados pelo modelo liberal e 31% desenvolviam práticas em serviços em convênio com secretarias estaduais e municipais ou com a previdência social.

Uma análise crítica da participação comunitária preconizada e desenvolvida nesses programas de saúde pode ser encontrada em Carvalho (1978) e Noronha e Travassos (1981).

Fontes: Campos & Rivera, 1977, *apud* Escorel, 1999; Teixeira *et al.*, 1988.

Em alguns DMPs, principalmente no estado de São Paulo, questionou-se o ideário preventivista, por ser inadequado e insuficiente para analisar e transformar a realidade sanitária do país. Alternativamente, construiu-se uma 'teoria social da saúde' a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista, que travou uma luta teórica com duas outras escolas de pensamento: a preventivista liberal e a racionalizadora técnica.

Esse novo enfoque considerava o caráter político da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença. Criticava a teoria de sistemas por compartilhar da visão positivista da sociedade composta por setores. Questionava a neutralidade do planejamento difundido pela Opas, demonstrando que ele servia aos interesses dos poderosos.

Em 1972, representantes de 11 países reunidos em Cuenca, cidade do Equador, destacaram a necessidade de metodologias e marcos teóricos que relacionassem os processos de saúde com a estrutura social. Os participantes desse seminário, alguns anos depois, fundariam a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames). Só na primeira metade da década de 1970, realizaram-se sete reuniões de trabalho e 14 seminários sobre ensino e pesquisa das ciências de conduta/ciências sociais. Em 1973, a Opas e a Fundação Kellog apoiaram técnica e financeiramente a criação do primeiro curso de medicina social no Rio de Janeiro, que se transformaria no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). No ano seguinte, organizou-se o curso de pós-graduação em medicina social na unidade de Xochimilco da Universidade Autônoma do México (UAM).

Alames

A Associação Latinoamericana de Medicina Social foi constituída em 1984, no III Seminário de Medicina Social (Ouro Preto, MG), como produto da confluência do pensamento crítico em saúde e das lutas dos povos latino-americanos em defesa de sua saúde, com o objetivo de aprofundar o conhecimento das relações entre saúde e sociedade. A Alames se define como um movimento social, acadêmico e político com uma perspectiva de desenvolvimento da saúde pública e da medicina social orientada para a resolução dos determinantes sócio-históricos do processo saúde-doença. Desde a sua criação, a associação foi ampliando sua presença no cenário científico e da política de saúde na América Latina, avançando na sua constituição como espaço de debate das problemáticas atuais de saúde da região em seus seminários e congressos (Medellín, 1988; Caracas, 1991; Guadalajara, 1994; Buenos Aires, 1997; Havana, 2000; Lima, 2004; Salvador, 2007). A Alames está formada por vários núcleos e seus membros integram diversos movimentos sociais e organizações de cidadãos em defesa do direito à saúde e trabalham nas instituições de saúde impulsionando a formação de sistemas únicos, públicos e gratuitos de saúde (www.alames.org; http://alamesuy.blogspot.co.uk).

Em meados da década de 1970, estavam estruturadas três diferentes abordagens ao campo da saúde – cada uma mais desenvolvida em uma determinada instituição – com padrões diferenciados de formação de recursos humanos. As três correntes de pensamento, segundo Jairnilson Paim (1985), podem ser divididas a partir da conceituação do 'social' em saúde: para o preventivismo, trata-se de um conjunto de atributos pessoais, como educação, renda, salário, ocupação etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais.

A corrente médico-social era representada institucionalmente pelos DMPs da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da USP, pelo IMS/Uerj e, em um segundo momento,

pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Distinguia-se das duas outras correntes por uma produção teórica que considera o social como determinante das condições de saúde, e por apontar a necessária prática do profissional da saúde como sujeito da transformação pretendida. Assim, com essa proposta que ainda não chegava a constituir um movimento, iniciou-se uma luta pela hegemonia no interior do próprio 'movimento preventivista', contestando tanto os sanitaristas tradicionais quanto os racionalizadores.

Jairnilson Paim (1981) considera que as bases teóricas da saúde coletiva no Brasil já estavam desenvolvidas antes do início da segunda metade da década de 1970, com as defesas das teses *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, de Cecília Donnangelo, e *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, de Sergio Arouca. A teoria social da medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, a medicina como prática social, o poder médico e a medicalização. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, visando a uma transformação social.

Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram o campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação e, nesse sentido, o movimento sanitário começou a constituir-se como tal. Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais daquele momento: a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil.

1974-1979: DISTENSÃO DO REGIME AUTORITÁRIO E ARTICULAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO

A partir de 1974, iniciou-se no Brasil a tentativa de recuperar as mediações necessárias para legitimar a ditadura. Começava o que O'Donnell (1982) chamou de 'nostalgia das mediações' e a possibilidade de restaurar a democracia. Entretanto, o tipo de democracia desejada era aquela que mantivesse a exclusão dos setores populares e o controle nas mãos dos militares e setores dominantes da burguesia. Esse processo, denominado de distensão lenta, gradual e segura, foi anunciado pelo general Geisel na primeira reunião com seu ministério. A lentidão do processo de transição no Brasil foi um elemento fundamental da estratégia de institucionalização do regime, para tornar constitucional o aparelho montado por meio dos atos inconstitucionais e permitir, legal e politicamente, a continuidade, em médio prazo, do regime militar e, em longo prazo, do regime autoritário-burocrático militarizado (Reis & O'Donnell, 1988; Brigagão, 1985).

Na conjuntura do governo do general Geisel (1974-1979), além dos aspectos econômicos nacionais e internacionais (crise do petróleo) e dos problemas no interior da corporação militar resultantes do prolongado exercício político, destacaram-se dois grandes grupos de assuntos: a reativação da política – e nesta o papel das oposições (liberal, eclesial, partidária, popular) – e o destaque do setor social no planejamento governamental (II Plano Nacional de Desenvolvimento).

Uma das primeiras medidas tomadas pelo governo Geisel para restabelecer as mediações com a sociedade civil foi o abrandamento da censura, seguido por sua suspensão na

grande imprensa em 1975 e, em 1978, na imprensa alternativa. Ressalte-se que a abolição completa da censura só veio a ocorrer após 1985. Outro mecanismo foi a 'missão Portela', em que o ministro da Justiça, Petrônio Portela, foi encarregado de negociar com setores da oposição as propostas de reforma da Lei de Segurança Nacional que estabeleciam o fim do AI-5 e o início das 'salvaguardas'.

As eleições, porém, apareceram como o mecanismo mais importante de reativação da política e do qual a oposição fez melhor uso. O bipartidarismo vigente desde 1965 acabou por conferir um caráter plebiscitário às eleições. Nas eleições de 1974 para renovação de parte do Senado, para a Câmara Federal e para as Assembleias Legislativas, realizadas em um clima de liberdade de propaganda eleitoral inaudito após 1964, o MDB foi o conduto dos votos de protesto, conseguindo superar a estratégia do voto nulo, até então vitoriosa na oposição. A votação no MDB conseguiu eleger 16 senadores contra seis da Arena, e os votos na oposição tinham uma relação direta com o grau de urbanização dos estados.

Em 1976, várias vezes o governo utilizou-se do AI-5 para cassar mandatos de parlamentares. Em junho daquele ano, lançou mão da Lei Falcão (sobrenome do então ministro da Justiça) para transformar o debate pré-eleitoral de 1974 em um desfile de fotografias e currículos lidos monotonamente por um locutor oficial (Alves, 1985). Mesmo com a utilização dos recursos públicos e da máquina oficial, a vitória da Arena nas eleições municipais deveu-se apenas à vantagem dos votos obtidos em cidades pequenas e do interior.

Em março de 1977, não tendo obtido os dois terços necessários para a aprovação no Congresso do projeto de reformas do poder judiciário, o presidente Geisel fechou o Congresso para, em 14 dias, elaborar e decretar as emendas constitucionais 7 e 8, conhecidas como o 'pacote de abril'. Por meio delas foi promulgada não só a reforma judiciária, como também adotou-se uma série de medidas políticas voltadas para garantir a preservação da maioria no Legislativo (Kucinski, 1982).

Nas eleições de 1978 para senadores, deputados federais e estaduais, o MDB foi vitorioso no Senado em número de votos, mas essa vitória não se traduziu no número de eleitos devido às mudanças introduzidas pelo pacote de abril, os chamados 'senadores biônicos'. Na Câmara dos Deputados, dobrou o tamanho do grupo 'autêntico', formado por políticos ligados aos movimentos populares ou a partidos e agrupamentos clandestinos.

Nessa conjuntura, portanto, o MDB transformou-se em partido de oposição real e significou para os partidos clandestinos a possibilidade de atuação parlamentar. Os resultados das eleições de 1978 inspiraram os estrategistas da abertura a dissolver essa maciça frente oposicionista através de reformas na legislação partidária e da anistia parcial, aprovada em 1979.

A transformação do MDB foi parte de um processo de organização e crescimento da sociedade brasileira em várias frentes e de fortalecimento da sociedade civil, no qual a Igreja Católica teve um papel de destaque. Durante o período em análise, a Igreja Católica esteve à frente das lutas de oposição ao regime, utilizando como canais para exprimir seus protestos a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e a organização e articulação, em uma ampla rede nacional, de Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), das quais nasceu, em 1973, o primeiro movimento reivindicatório com apelo de massas, o Movimento Custo de Vida.

O movimento estudantil universitário, com sua entidade nacional (UNE) posta na clandestinidade, iniciou a articulação nacional e conseguiu, em 1976, realizar o 1º Encon-

tro Nacional dos Estudantes, derrotando na prática a legislação autoritária. Em 1979, em Salvador, a UNE organizou o congresso de reconstrução da entidade, que reivindicou mais recursos para a universidade, defendeu o ensino público e gratuito, assim como a libertação de estudantes presos do Brasil. Também os movimentos de oposição liberal foram de importância crucial na canalização de pressões para a redemocratização do país. Entre estes estavam a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e o Movimento pela Anistia.

Na mesma frente oposicionista surgiu um movimento sindical extremamente importante, principalmente no setor metalúrgico, conhecido como o 'novo sindicalismo', que, em maio de 1978, deflagrou sua primeira greve em São Bernardo do Campo (SP). Naquele ano, em sete estados do país, mais de meio milhão de trabalhadores de 13 categorias realizaram greves (Alves, 1985).

O processo de abertura cuidadosamente planejado para alcançar o objetivo de uma 'democracia forte', por um lado, controlava as pressões oriundas da sociedade civil e, por outro, controlava também a Comunidade de Segurança e Informações – a 'linha dura' militar que se opunha a qualquer liberalização do regime. Desse modo, o período Geisel mostrou-se aparentemente contraditório: enquanto se esboçava um projeto de distensão e liberalização, a repressão estava à solta, aumentando a violência e o número de desaparecidos e mortos por tortura, diversificando o terrorismo, lançando bombas em bancas de jornal, nas sedes de jornais alternativos e nos centros acadêmicos, invadindo universidades (Bresser Pereira, 1985).

Ao final da 'conjuntura Geisel', cuja cronologia evidencia pelo menos uma 'crise' por ano, os estrategistas alcançaram seu objetivo com o pacote de reformas constitucionais. Medidas liberalizantes – como o restabelecimento do *habeas corpus* para crimes políticos, o fim das cassações e o fim do direito presidencial de fechar o Congresso e de outros poderes arbitrários – foram compensadas por mecanismos como o Estado de Emergência, que no fundo nada mais era do que a legalização de amplos poderes de controle e repressão política. Mantinha-se através das salvaguardas a defesa do Estado de Segurança Nacional.

Outro aspecto relevante na conjuntura dos anos Geisel foi o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). Elaborado durante os meses que antecederam a posse do general Geisel, o plano pretendia, apesar das adversidades internacionais, manter o ritmo de crescimento e atingir o sonho do 'Brasil grande potência'. Objetivava-se continuar a crescer, mesmo que com taxas inferiores às dos anos do 'milagre', e, ainda mais, distribuir por todas as classes a riqueza acumulada – esse era o discurso do plano quinquenal. Muitos dos objetivos econômicos do plano foram abandonados por serem inviáveis. Restaram aqueles que mantiveram um mínimo de atividade econômica produtiva, já que a maior parte do capital passou a circular na esfera financeira.

A 'ciranda financeira' girava em torno de dólares captados no exterior pelas estatais que elaboravam grandes projetos, por vezes sem relação com o seu próprio desenvolvimento, e passaram a ser 'fiadoras' para a obtenção de recursos que pretendiam manter a atividade econômica privada (Tavares & Assis, 1985). Essa utilização das estatais como instrumento de captação de recursos externos ganhou ênfase a partir de 1977 e, apesar do protesto dos empresários contra a 'estatização', foi o que sustentou a taxa de crescimento, mesmo com a diminuição dos investimentos dos capitais privados nacionais e multinacionais. No entanto,

a crise econômica se aprofundou com o aumento da inflação, o crescimento da dívida externa, o aumento dos preços, a diminuição do poder aquisitivo dos salários, a diminuição da atividade produtiva e o florescimento da especulação financeira.

Considerando-se o campo do social, o II PND foi inédito no regime militar, ao reconhecer que a política social tem objetivos próprios e que o desenvolvimento social deveria ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico. Suas prioridades no campo social eram a educação, com esforço na área de pós-graduação, e a saúde, em particular a assistência médica da previdência social. O diagnóstico que orientou as estratégias para o desenvolvimento no setor saúde nesse período foi que faltavam a ele capacidade gerencial e estrutura técnica.

Na primeira reunião com seu ministério, o general Geisel anunciou, além da intenção de promover a abertura política, o envio ao Congresso de mensagens criando na esfera econômica o Conselho de Desenvolvimento Econômico – à semelhança do qual, alguns meses mais tarde, seria criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) – e, na esfera social, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

O II PND estabelecia claramente:

> dois grandes campos institucionais – o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado. (Brasil, II PND: 73)

A divisão de 'territórios' traçada neste plano foi consolidada, no ano seguinte, na lei 6.229 do Sistema Nacional de Saúde, que constituiu, segundo Eugênio Vilaça Mendes, o Tratado de Tordesilhas da saúde.

A proposta do II PND de priorizar o setor saúde no campo social teve seu equivalente financeiro a partir de 1975, quando, comparativamente aos anos anteriores, os recursos do Ministério da Saúde aumentaram e, na área previdenciária, a unificação e centralização de recursos deram a aparência de um superávit em relação à demanda. Desta forma, o II PND possibilitou abrir espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que terminaram por absorver intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar.

Diretamente vinculados ao II PND, surgiram nessa conjuntura três espaços institucionais que chamamos (Escorel, 1999) de 'estímulos oficiais' à estruturação/articulação do movimento sanitário: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas). Essas três frentes institucionais articularam uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento.

As políticas de saúde têm grande relevância na conjuntura inaugurada em 1974, caracterizada também por uma 'crise sanitária' na qual a epidemia de meningite, as denúncias do aumento da mortalidade infantil em São Paulo, a 'epidemia' de acidentes de trabalho, o reaparecimento de antigos problemas de saúde pública se traduziam em notícias diárias nos

jornais. "A 'conjuntura sanitária' assinala o fim do milagre econômico e indica um estado de 'insolvência sanitária', com aumento dos gastos com hospitalizações ao mesmo tempo em que se reduzem os gastos em Saúde Pública" (Cordeiro, 1980: 163). A resposta do Estado brasileiro à crise sanitária consequente ao período do 'milagre econômico' se deu por meio de "políticas racionalizadoras que incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário" (Paim, 2008: 70).

Ao se organizar, em junho de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passou a ser o segundo maior orçamento da União, apenas superado pelo da própria União. No comando desta instituição financeiramente dominante estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal, que prepararam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários.

No interior da previdência, existiam outras correntes de pensamento que não se vinculavam aos interesses empresariais e ao grupo técnico-burocrata (os chamados 'cardeais do IAPI'), que, durante o autoritarismo, só fizeram se fortalecer. Essas correntes poderiam ser agrupadas sob a denominação de 'publicistas' no que se refere a uma defesa do fortalecimento do setor público. Naquela época, esse setor publicista estava numericamente reduzido, representado no interior do então INPS por pessoas como Murilo Villela Bastos, Nildo Aguiar, Carlos Gentile de Mello e por um pequeno movimento que resultou na assinatura do convênio entre o Ministério da Educação (MEC) e o MPAS.

Na conjuntura inaugurada em 1974, a previdência social manteve as mesmas características do período anterior. Porém, passou a sofrer as consequências da contradição decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços ao setor privado, que criou uma situação de crise e reformas (Oliveira & Teixeira, 1986). Se não ocorreu qualquer mudança no modelo, que continuou privilegiando os interesses do segmento médico empresarial, o que se modificou foi a arena política, ampliando-se e agregando representantes de diversos segmentos da sociedade.

As reformas institucionais desenvolvidas na previdência social foram: a criação do MPAS, o convênio MEC/MPAS, a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA) de setembro de 1974, a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), a criação e destinação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) e a institucionalização do complexo previdenciário por meio da criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), subordinado ao MPAS.

O primeiro convênio MEC/MPAS foi assinado em outubro de 1974 após um processo conflituoso, em curso desde 1971, para alterar a relação dos hospitais de ensino com a previdência social. Até aquele momento, os convênios em nada diferiam dos estabelecidos com o setor privado contratado e tinham por base o pagamento por US. O protocolo assinado entre o MEC e o MPAS, com o objetivo de integrar os hospitais de ensino nos programas de assistência médica da previdência social, inaugurou uma modalidade de convênio global.

Em consonância com a hegemonia institucional dos interesses privados, no INPS foi formulado o Plano de Pronta Ação (PPA) e canalizados os recursos do FAS. O PPA foi criado em setembro de 1974 para universalizar o atendimento médico, principalmente de emergência. A previdência comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pú-

blica quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente. O atendimento universal custeado pela previdência social foi possível em um contexto em que denúncias diárias na imprensa de omissão de socorro associaram-se a uma "relativa folga no caixa previdenciário" (Mercadante *et al.*, 2002). Os frutos do 'milagre econômico' e a necessidade política de legitimação do regime explicam a expansão dos direitos sociais no período, que incluiu a criação do benefício mensal aos idosos não contribuintes. Na realidade, o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias.

O PPA possibilitou tanto o crescimento do setor ambulatorial, deslocando os interesses hospitalares, quanto a ênfase no setor conveniado integrado por empresas, sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais. A preponderância de convênios com as empresas, em 1975, evidenciava que, apesar da diferenciação do complexo previdenciário, não se modificava o modelo privatizante. Nesse momento, as modalidades assistenciais integradas na previdência social adotavam, segundo a forma de remuneração, características expressas em três grandes linhas de relacionamento: serviços próprios hospitalares e ambulatoriais, serviços contratados (hospitais e médicos credenciados) e serviços conveniados.

O Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), criado à imagem e semelhança do Conselho de Desenvolvimento Econômico, nunca chegou a ocupar qualquer espaço de importância que se assemelhasse ao mecanismo de coordenação econômica. A lei que o criou, em outubro de 1974, ao mesmo tempo que reiterava a atribuição de formulação da política nacional de saúde ao Ministério da Saúde, revogou o artigo 156 do decreto-lei n. 200, que subordinava a assistência médica sanitária a essa política.

A mais importante das ações do CDS foi regulamentar as aplicações dos recursos do FAS, criado em dezembro de 1974, como apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social segundo as diretrizes estabelecidas pelo II PND. O FAS pretendia financiar projetos e programas da área social tanto do setor público (70%) quanto do setor privado (30%), através de financiamento a fundo perdido (para o governo federal) ou a custos financeiros subsidiados (para órgãos públicos e privados). A maior parte dos investimentos foi no setor de educação, seguido da área da saúde. Nesta, os recursos foram majoritariamente canalizados para a construção e o equipamento de unidades privadas hospitalares. "Com o FAS fecha-se o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde (...) As ótimas condições de seus empréstimos, e a garantia pelo atual Inamps do pagamento dos serviços produzidos fazem da atenção à saúde um negócio altamente rentável" (Braga & Paula, 1981: 131-132).

A criação da Dataprev foi outra medida institucional que buscava modernizar a administração previdenciária. Logo após sua criação, grande parte das contas hospitalares foi recusada, evidenciando claramente os mecanismos de fraudes utilizados até então. Por fim, fechando o ciclo de institucionalização da previdência social iniciado com a criação do MPAS, em setembro de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que seguiu a mesma fórmula apresentada no discurso oficial como racionalizadora e eficiente, mas caracterizada por ser centralizadora e excludente dos segurados. Constituía-se de três institutos (o Inamps, para a assistência médica, o INPS, para os benefícios, e o Iapas, para o controle financeiro), duas fundações – a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a

Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem) –, uma empresa (a Dataprev) e uma autarquia – a Central de Medicamentos (Ceme).

O Sinpas não alterou as forças que disputavam, nem as que naquele momento eram hegemônicas no interior da assistência médica previdenciária, agora Inamps. Tampouco modificou as bases financeiras da previdência social, mantendo assim, após tantas reformas, o mesmo impasse em que se encontrava no início da administração Geisel: ser instrumento útil para a legitimação do regime, portanto, tender à universalização, sem ter estrutura financeira para tanto, seja por estar baseado na folha salarial, seja por comprar serviços do setor privado. Essa contradição conseguiu ser equilibrada até 1981, quando o início da recessão econômica fez eclodir a 'crise da previdência'.

Do interior da previdência social, em 1975, Murilo Vilella Bastos diagnosticou:

> [o sistema] tem como objetivo produzir serviços pagos, satisfazer a clientela e gerar lucros financeiros, suas atribuições são indefinidas, descoordenadas e conflitantes, seu controle é aleatório e episódico, sua avaliação está baseada na produção de atos remunerados e seus gastos são dispersos, mal conhecidos e sua clientela é mal identificada. (Bastos *apud* Oliveira & Teixeira, 1986: 252)

Durante os anos Geisel, o Ministério da Saúde limitou-se a um papel secundário – legalizado e institucionalizado pela divisão de campos institucionais, anunciada no II PND, pela lei que criou o CDS e, posteriormente, pela própria lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Embora a conjuntura setorial se mantivesse altamente desfavorável devido à manutenção da hegemonia dos interesses empresariais e mercantis, apresentava no âmbito da saúde pública dois grupos de fatores favoráveis ao seu desempenho: a renovação de quadros e o aumento relativo de recursos financeiros. Um grupo novo de técnicos, com uma visão racionalizadora, a partir da secretaria geral do Ministério da Saúde combateu os interesses do setor privado encastelado na previdência social, bem como procurou resgatar o papel condutor da política de saúde para o Ministério da Saúde.

Em 1974, a reforma administrativa do Ministério da Saúde constituiu a Secretaria Nacional de Saúde, englobando as secretarias de Saúde e de Assistência Médica para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre saúde pública e assistência médica. No mesmo ano, a Sucam passou a ser subordinada diretamente ao gabinete do ministro, conferindo-lhe mais poder e autonomia, e foram criadas as Coordenadorias de Saúde, para cada uma das cinco macrorregiões do país, às quais as Delegacias Federais de Saúde passaram a estar subordinadas.

Em um procedimento típico do período autoritário, a lei 6.229, que criou o SNS, foi aprovada no Congresso Nacional em regime de urgência, sem emendas, com voto de liderança e sancionada sem vetos pelo presidente da República, o general Geisel. Assim, com o processo de redação e aprovação já concluído, ela foi apresentada à 5ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1975. Sob uma ótica sistêmica, pluri-institucional, não monopolista, a lei que procurou harmonizar e conciliar diferentes interesses destinou a saúde 'coletiva' ao Ministério da Saúde e a saúde 'individual' ao Ministério da Previdência. Entretanto, a assimetria de poderes entre os ministérios era dada pelos recursos financeiros: a dotação orçamentária do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União, segundo Gentile de Mello (1981), era 16 vezes menor do que a despesa da previdência apenas com programas de saúde.

Além do conflito 'externo', o grupo novo do Ministério da Saúde travou sérios embates internos contra os grupos mais conservadores representados administrativamente por órgãos como a Sucam, a Fsesp e a Secretaria Nacional de Saúde. Na tentativa de sobreviver, o grupo racionalizador adotou uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais – programas fundamentados nos conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária, coerentes com a proposta formulada em 1972 na III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas.

Tentando recuperar o papel de coordenador da política de saúde no que diz respeito ao desenvolvimento de programas, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de atuar em áreas de 'conflito não conflagrado' com os interesses hegemônicos. Entre os instrumentos utilizados, destacaram-se a recuperação da Conferência Nacional de Saúde, a implementação de programas inovadores e a tentativa de estabelecimento de mecanismos de coordenação política do setor saúde.

Nos anos Geisel, foram realizadas a 5ª e a 6ª Conferências Nacionais de Saúde, em 1975 e 1977, respectivamente. O tema central da 5ª CNS foi o Sistema Nacional de Saúde e tinha como objetivo a elaboração de uma política nacional de saúde para ser submetida ao CDS. Essa conferência foi utilizada para legitimar, dentro de uma base restrita de técnicos, profissionais e funcionários das instituições – particularmente do ministério e de secretarias de Saúde –, a dicotomia legalizada da atenção à saúde no país. Contudo, teve o efeito de legitimar, em uma base suficiente e necessária, as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, que previam a participação comunitária. A partir desse momento, o Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e a difusão de seus programas tradicionais. O exemplo maior dos programas de extensão de cobertura desenvolvidos nesse período foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass). O Ministério da Saúde também desenvolveu nesse período o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a Campanha da Meningite, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, o Programa Especial de Controle da Esquistossomose, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e a chamada Política Nacional de Saúde, documento apresentado na 6ª CNS (Paim, 2008).

Em 1977, realizou-se a 6ª CNS, que discutiu a situação das grandes endemias, a operacionalização de novas leis aprovadas pelo governo federal no campo da saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde. Menos concorrida que a conferência anterior, nem por isso os debates foram menos acalorados. A tentativa de regulamentação do SNS sob uma ótica pretensamente 'neutra' e sistêmica pelo Ministério da Saúde desencadeou intensos conflitos com técnicos defensores do setor público.

Com o objetivo de promover a articulação entre o Ministério da Saúde e o MPAS e regulamentar a lei n. 6.229, foi criada, em 1976, a Comissão Permanente de Consulta (CPC), cuja atuação, entretanto, foi muito pequena e suplantada por outro mecanismo de coordenação e articulação interinstitucional, o Grupo Executivo Interministerial (Gein), criado para o desenvolvimento do Piass.

Articulação do movimento sanitário

A transformação ocorrida durante a conjuntura do governo Geisel não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde. Surgiu no cenário setorial um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação, foi se conformando como um novo ator coletivo, uma nova força política.

Isso ocorreu com a articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e de uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário. Chamamos de 'movimento sanitário' (Escorel, 1999) o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.

Na composição originária do movimento sanitário, distinguimos três vertentes principais (Escorel, 1999): a primeira, constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); a segunda, integrada pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira vertente, por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia.

O movimento estudantil e o Cebes, que constituem a primeira vertente, caracterizam-se por difundir a teoria da medicina social. O movimento estudantil setorial, não tão perseguido pela repressão quanto o movimento estudantil em geral, liderou o debate sobre temas como a saúde comunitária por meio da organização, a partir de 1974, das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesac).

A Sesac foi tanto um lócus de difusão do pensamento médico-social do movimento sanitário quanto de formação da consciência sanitária entre os estudantes em torno de duas ideias-chave: pela democratização do país e do setor e contra a privatização da saúde. As Sesac foram realizadas anualmente até 1979, quando esse fórum começou a esvaziar-se até desaparecer. Porém, o Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (Ecem) transformou-se, entre 1976 e 1978, em encontro político, canalizando as discussões para os aspectos sociais da saúde. O movimento estudantil da área da saúde evoluiu tanto na sua integração com o movimento estudantil mais geral quanto na constituição do Cebes.

Consciência sanitária
Conceito formulado por Giovanni Berlinguer (1978), é a ação individual e coletiva para alcançar a saúde como um direito da pessoa e um interesse da comunidade.

O Cebes significou a criação e a manutenção de um órgão de representação na sociedade, de estudo, de articulação com outros movimentos sociais e de difusão (a revista *Saúde em Debate*). A entidade materializou e difundiu o pensamento médico-social, como afirma o primeiro editorial da *Saúde em Debate* (1976), ao abordar a saúde como componente do processo histórico-social. Segundo Paim (2008: 78), o Cebes constituiu-se como "um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde". Sua criação revela o início do ciclo da Reforma Sanitária, o momento da ideia, do pensamento inicial, de uma proposição de prática teórica e de uma prática política. Durante os anos Geisel, a entidade conseguiu aglutinar um conjunto de profissionais e estudantes da saúde cada vez mais descontentes com os rumos da assistência à saúde no país. Dessa forma, foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado.

Os princípios básicos desse 'movimento de opinião' em torno dos quais os profissionais se aglutinaram e construíram propostas e projetos foram explicitados no editorial do terceiro número de *Saúde em Debate* (1977): "democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos serviços de saúde públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada".

A Reforma Sanitária (lema originado da experiência italiana) persistiu durante algum tempo como palavra de ordem, mas foi abandonada e só foi retomada em 1985/86. A unificação do sistema de saúde continuou a orientar o movimento como a imagem-objetivo do instrumento viabilizador das propostas. O lema do Cebes passou a ser "Saúde e democracia". Esse princípio básico foi exposto no documento intitulado "A questão democrática na área da saúde", elaborado por Hésio Cordeiro, José Luis Fiori e Reinaldo Guimarães, apresentado em 1979 pelo presidente do Cebes, Sergio Arouca, no I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, na Câmara dos Deputados, acatado por unanimidade como posição oficial da reunião.

Reforma Sanitária

Reforma Sanitária, nos palavras de Sergio Arouca (1988), é um "projeto civilizatório" contendo em si os valores que queremos para toda a sociedade brasileira. Compreende um processo de transformação da situação sanitária em pelo menos quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição de riquezas.

Jairnilson Paim dedicou-se a estudar a Reforma Sanitária brasileira (2008), examinando-a como um ciclo composto por "ideia – proposta – projeto – movimento – processo". No seu entender a Reforma Sanitária é "uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constituintes:

a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;

b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;

c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços de organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma 'totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral" (Paim, 2010: 173-174 – grifos do autor).

A realização do Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados e o documento apresentado pelo Cebes evidenciaram a existência de um movimento articulado, com um projeto definido, ocupando um espaço cada vez maior na arena setorial. Esse é o momento, segundo Paim (2008), em que a ideia é transformada em projeto, ou seja, em um conjunto organizado de princípios e proposições políticas. Na defesa do direito de todos à saúde, o texto do Cebes continha oito conjuntos de medidas: deter o empresariamento da medicina; transformar os atos médicos em bem social gratuito; unificar o sistema de saúde; atribuir ao Estado a administração total desse sistema; entregar a esse sistema a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos eficazes de financiamento

do sistema; descentralizar esse sistema; e viabilizar uma real participação popular em todos os níveis e etapas da política de saúde.

A segunda vertente do movimento sanitário estava constituída pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica e distingue-se da vertente anterior por significar uma atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. No final da década de 1970, existiam intensos conflitos entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista e uma nítida divisão de pensamentos (e alianças) no interior da categoria médica, entre os liberais, os empresários e os assalariados.

A luta pela renovação dos sindicatos, rompendo a barreira de descrédito dessas entidades junto aos médicos, foi um passo à frente na tomada de consciência da categoria, por se tratar de uma ação coletiva, organizada, que não escamoteou a realidade do assalariamento, e decidiu lutar para melhorar as relações de trabalho através do instrumento legal de representação nas negociações, mesmo estando os sindicatos atrelados ao Estado. O movimento expandiu-se por todo o país, a partir de São Paulo e do Rio de Janeiro, não apenas geograficamente, mas em sua amplitude, pois seus princípios e suas propostas mais gerais balizaram a organização de oposição aos conselhos regionais e, posteriormente, aos próprios Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB), assim como às entidades associativas dos demais profissionais da saúde.

Outro marco substancial na expansão do movimento foi a deflagração de greves a cada ano a partir de 1978, num processo de crescimento numérico e qualitativo, até 1981, quando ocorreu a greve nacional dos médicos por melhores condições de trabalho e remuneração. A greve questionava amplamente as condições do mercado de trabalho e a própria política de saúde e denunciava as más condições da assistência médica.

Nesse processo, o movimento dos Médicos Residentes desempenhou um papel de vanguarda. Para tal, a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), criada em 1967, abandonou a corrente pedagógica e adotou a corrente trabalhista, buscando o reconhecimento profissional da atividade com seus respectivos direitos trabalhistas e tendo como seu maior apoio os sindicatos conquistados pelos movimentos de Renovação Médica.

Os movimentos dos Residentes e de Renovação Médica participaram juntos também das lutas mais gerais da sociedade brasileira durante o ano de 1978, em particular, pela anistia ampla, geral e irrestrita, integrando os subcomitês de saúde do Comitê Brasileiro de Anistia e participando das vigílias cívicas promovidas em vários estados do país, durante a greve de fome realizada pelos presos políticos no primeiro semestre desse ano. Os anos Geisel se encerraram revelando um movimento médico em pleno vigor, crescendo e ampliando seu espaço de atuação na sociedade brasileira.

A terceira vertente do movimento sanitário estava constituída pela 'academia', como é conhecido o campo de atuação na área de docência e pesquisa. Nela, foi construído o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco. A academia foi a vertente que deu origem ao movimento sanitário e cuja manutenção foi a sua base de consolidação, dando o suporte teórico às propostas transformadoras.

Entre 1975 e 1979, essa arena apresentou um grande desenvolvimento. Aumentaram em número as instituições que incorporaram a abordagem médico-social à análise

dos problemas de saúde, e esse enfoque, até então restrito principalmente à região Sudeste, passou a ter expressão nacional. Verificaram-se, também, a expansão na amplitude dos objetos de estudo e a diversificação dos temas pesquisados e analisados, tendo como principal característica o caráter coletivo e interdisciplinar da produção científica. Foi um período de grande produção intelectual, concomitantemente à incorporação da atuação política nas pesquisas, nos cursos de pós-graduação e nas articulações com os movimentos sociais (Escorel, 1999).

Foi uma conjuntura de 'encontro': a fase que o regime militar atravessava possibilitou investimentos importantes, principalmente na área social, com os recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), e a existência de centros acadêmicos com uma nova abordagem da saúde propiciou à academia um grande desenvolvimento. Os dois grandes produtos dos estímulos financeiros da Finep no Rio de Janeiro foram diferenciados: de um lado, a concretização de um objetivo de Juan César Garcia, a consolidação do mestrado em medicina social no IMS/Uerj, criado em 1972, uma pós-graduação que formou (como até hoje o faz) profissionais em saúde coletiva, e, de outro lado, o financiamento dos Programas de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses) e do Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe) na Ensp. O Peses teve como produto direto uma série de conhecimentos e, como produto indireto, a articulação de um conjunto de núcleos acadêmicos e de profissionais da saúde espalhados pelo Brasil em uma espécie de 'rede' de medicina social.

Juan César Garcia

Garcia foi o maior estimulador, o principal teórico e o grande articulador do movimento de medicina social na América Latina na década de 1970. A partir de sua inserção profissional no setor de desenvolvimento de recursos humanos da Opas, junto com Miguel Marquez, não apenas estimulou núcleos acadêmicos a incorporarem as ciências sociais à análise dos temas de saúde como também promoveu a articulação entre esses núcleos. No Brasil, esteve presente desde 1969 estabelecendo, a partir de 1970, intenso contato, com intercâmbio regular de bibliografia. Dessa forma, Garcia contribuiu com uma grande bagagem metodológica e possibilitou o acesso ao que estava sendo elaborado nos grandes centros de reflexão, quando no país vivia-se sob a censura e com muitas dificuldades de debate e de atualização.

Na área de reprodução do conhecimento, ou seja, na formação de recursos humanos, nessa época ocorrem: a descentralização da formação do sanitarista através de cursos regionalizados; o início do movimento que transformaria as residências em medicina preventiva e social; e as pós-graduações *stricto sensu* na área de saúde coletiva. Todos esses foram instrumentos importantes para a consolidação da hegemonia da proposta médico-social na formação de recursos humanos no campo da saúde coletiva. Assim, difundiu-se de maneira numericamente importante não só uma nova forma de pensar a saúde como também de atuar no setor.

Coerente com o pensamento segundo o qual a saúde é vista como uma prática social, portanto sob as mesmas determinações da sociedade e do seu conjunto de práticas, a produção e a reprodução do conhecimento dentro das instituições acadêmicas estavam profundamente ligadas ao que acontecia e agitava a vida política nacional. E, por isso mesmo, foi alvo da repressão que visou à redução da carga horária destinada à medicina preventiva, ao limite do campo de prática nos serviços de saúde e até impediu a realização de trabalhos docentes e de pesquisa, como foram os casos de Campinas (1975), Bahia (1976-1979) e Brasília (1978-1979).

Para refletir

Nos dias atuais, você identifica a atuação dessas três vertentes do movimento sanitário? Qual a composição de forças políticas e sociais em defesa do direito à saúde e do SUS hoje?

Na segunda metade da década de 1970, desenvolveram-se três grandes projetos de âmbito nacional ou regional e diversas experiências municipais. Em sua realização, participaram pessoas identificadas por um pensamento comum, com propostas transformadoras para o sistema de saúde. A troca de informações, o debate, a difusão do aprendizado institucional pessoal em artigos, aulas e conferências possibilitaram que essas experiências pudessem ser assimiladas por um conjunto de pessoas e o aprendizado coletivo superasse os limites da vivência individual.

No Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus), no Projeto Montes Claros (PMC) e no Piass, encontram-se os elementos que foram constituindo um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, com diretrizes e premissas que orientaram as propostas da Reforma Sanitária.

Experiências institucionais

O Plus, primeira experiência coletiva de um grupo de saúde pública na previdência social, foi criado para planejar a expansão física dos serviços de saúde previdenciários. Inicialmente de abrangência nacional, logo passou a ser um plano envolvendo as nove regiões metropolitanas. Seu desenvolvimento ocorreu em três etapas: a criação do grupo de trabalho (1975), a assinatura do convênio com o Ipea (1976-1978) e a tentativa de aprofundar o trabalho 'mergulhando' na instituição previdenciária, que entrou rapidamente em crise (1978-1979). Seus produtos foram os planos de saúde para sete regiões metropolitanas e para todo o estado da Paraíba. São Paulo foi a única região não estudada. As conclusões permitiriam localizar as unidades de saúde a serem construídas. Além disso, os documentos finais traziam evidências do excesso de leitos hospitalares em algumas regiões metropolitanas e sugeriam o descredenciamento de leitos privados e a realização de convênios com secretarias estaduais e municipais e outras instituições públicas. O Plus foi um palco de luta no interior do INPS, em que o grupo de saúde pública foi rapidamente derrotado pelos interesses mercantilistas hegemônicos.

O Projeto Montes Claros foi uma das primeiras possibilidades, em âmbito regional, de aplicação de diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização de serviços de saúde. O Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas, desenvolvido entre 1975 e 1977, permitiu experimentar os princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. Para o movimento sanitário, porém, mais do que o modelo, o PMC demonstrou a exequibilidade de suas propostas e a sua capacidade em articular-se com outras forças para sustentar politicamente o projeto. A partir de 1978, o PMC foi incorporado ao Piass.

O Piass foi criado em 1975-1976 para implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes, na região Nordeste. A rede de serviços estava composta por três níveis de atuação: elementar, intermediário e de apoio, sendo os dois primeiros operados por pessoal de nível elementar. A proposta do Piass unia a abordagem médico-social ao pensamento sanitarista desenvolvimentista, inclusive com a assessoria direta de Mário Magalhães e de Carlos Gentile de Mello ao grupo do Ipea, visando à extensão de cobertura por meio de serviços municipais de saúde (Escorel, 2000). O Piass marcou um ponto importante de inflexão na forma de atuação da Previdência por meio do estabe-

lecimento de parceria com os governos estaduais. Esse projeto significou, por um lado, a viabilização e expansão do modelo alternativo já experimentado em Montes Claros e, por outro, a evidência de que o movimento sanitário, ao final do período (1979), tornara-se um ator social no cenário da política de saúde.

A visibilidade proporcionada pelo Piass deveu-se à sua abrangência (dez estados), ao movimento de ampliação do leque de alianças de sustentação – em particular, o aparecimento da frente política dos secretários estaduais de Saúde que constituiria o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – e ao fato de ter significado a primeira participação da previdência social em um programa de saúde pública. Entre março e outubro de 1979, o programa ficou paralisado, devido a incertezas institucionais do Ministério da Saúde. Nesse momento, foi elaborada a proposta de expansão nacional do Piass. A partir de novembro de 1979, com a mudança ministerial e o começo da gestão Arcoverde, inicia-se a sua última fase, em que a expansão nacional foi aprovada, mas que dura até 1981, quando o Piass foi institucionalizado na estrutura do ministério passando a integrar o Programa Nacional de Serviços Básicos.

Conass

A constituição do Conass teve forte estímulo por parte dos secretários estaduais de Saúde da região Nordeste, que por intermédio do Piass viveram as experiências de organização e expressão coletiva na correlação de forças setoriais. O Conass começou a ser articulado em 1980 e foi fundado, em fevereiro de 1982, como entidade de direito privado, sem fins lucrativos, congregando os secretários estaduais de Saúde e seus substitutos legais. Tem como órgãos diretivos a Assembleia Geral, a Diretoria e a Comissão Fiscal. Possui ainda um Comitê Consultivo, uma Secretaria Executiva e as Câmaras Técnicas como órgãos de assessoria técnica. Na Assembleia Geral realizada, no mínimo, seis vezes por ano, são eleitos os cinco membros efetivos da Diretoria, um de cada região do país, sendo um deles presidente e os demais vice-presidentes, com mandatos de um ano, podendo ser reconduzidos. O acompanhamento das atividades do Conass pode ser feito em sua página virtual: <www.conass.org.br>.

Fonte: Conass, 2002.

O modelo construído com a experiência dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição da porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária.

No âmbito municipal, as eleições de 1976 abriram espaços privilegiados de trabalho com a vitória de candidatos do MDB. Os projetos desenvolvidos pelas equipes das secretarias municipais de Saúde em Londrina, Campinas e Niterói fazem parte também da experiência acumulada do movimento sanitário nesse período. Esses projetos tiveram por modelo do seu desenvolvimento a extensão de cobertura através dos serviços básicos (atenção primária), difundida pelos organismos internacionais. Esse modelo foi enfatizado tanto na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em setembro de 1977, como nas 5ª e 6ª Conferências Nacionais de Saúde, em 1975 e 1977, respectivamente.

Em maio de 1978, um núcleo de dirigentes e técnicos de Niterói, Campinas e Londrina promoveu o I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste, em Campinas, procurando conquistar força política ao difundir suas propostas para outros municípios.

Estiveram presentes representantes de sessenta municípios de 16 estados, e os participantes reafirmaram a exigência de priorização municipal para a atenção primária através de postos de saúde; priorização pelo FAS dos pedidos dos municípios; substituição da modalidade de pagamento conhecida como Unidade de Serviço; descentralização tributária; aumento da dotação orçamentária das prefeituras para a saúde; e integração interinstitucional.

Para conhecer mais sobre atenção básica/atenção primária em saúde, consulte o capítulo 16.

Durante os anos Geisel, o movimento sanitário começou a ocupar espaços como um pensamento contra-hegemônico, ainda com baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais. Porém, a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidoras da política de saúde, em secretarias municipais de Saúde e em outros *loci* da máquina governamental setorial. Essa experiência acumulada iria traduzir-se nos projetos que o movimento sanitário desenvolveu, durante os anos Figueiredo, desde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde) até as Ações Integradas de Saúde (AIS).

1979-1984: O FIM DO REGIME MILITAR E A CRISE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A partir de dezembro de 1978, começou uma nova etapa do regime autoritário-burocrático no Brasil: a extinção do AI-5, o fim dos poderes discriminatórios e a institucionalização do poder discricionário. O general Figueiredo, que até ser indicado pela Arena para a presidência da República era chefe do Serviço Nacional de Inteligência (SNI), iniciou seu governo (1979-1985) comprometendo-se com a continuidade da política de seu antecessor para a democratização do país. Em seu primeiro ano, Figueiredo decretou a anistia política (embora não tenha sido a "ampla, geral e irrestrita" demandada pelos movimentos sociais) e a reforma partidária que extinguiu os dois partidos existentes visando a fracionar a oposição até então concentrada no MDB. Seu governo foi caracterizado por crises no âmbito econômico, social e moral, que provocaram o questionamento da legitimidade do regime militar em seu sexto governo após o golpe de 1964 (De Góes & Camargo, 1984).

O governo Figueiredo ficou marcado pela grave crise econômica que assolou o Brasil e o mundo, com as altas taxas de juros internacionais, os índices recessivos e inflacionários e a dívida externa brasileira crescente, além de um aumento na instabilidade social. A crise econômica ficou evidente nas taxas de crescimento negativo do PIB em 1980 (-4,4) e 1982 (-3,4) e no aumento dos níveis de desemprego. A inflação, que no final da década de 1970 chegava a 94,7% ao ano, alcançou 110% em 1980 e 200% em 1983.

A recessão teve repercussões, fragilizando a aliança do regime militar com o empresariado nacional, assim como na previdência social, que entrou em crise por diminuição de suas receitas. No entanto, no último ano de governo militar, o país havia conseguido recuperar-se economicamente e o PIB tinha atingido um crescimento superior a 7%. As contas externas também encontraram relativo equilíbrio com uma explosão das exportações e um aumento da independência nacional do mercado externo, especialmente na área do petróleo. Entre os grandes projetos desenvolvidos no governo Figueiredo, encontram-se o programa habitacional e o programa de incentivo à agricultura, cujo *slogan* era "Plante que o João garante", que estruturou as bases para a intensificação da exportação agrícola.

A crise social, gestada desde a época do 'milagre econômico' e a sua concentração de renda, tornou-se aguda na primeira metade da década de 1980, em função da crise econô-

mica. Tinha como principais características o arrocho salarial, o desemprego e as profundas desigualdades sociais resultantes do modelo econômico. Nesse período ocorreram vários episódios de 'quebra-quebra' de ônibus e saques a supermercados. A essas crises pode ser acrescentada a crise moral caracterizada pela perda de legitimidade do regime, com as denúncias de corrupção e os crimes de colarinho-branco.

Após a reforma partidária de 1979, cujo objetivo era dividir a oposição, o governo continuou tentando manter o controle da transição democrática e evitar a vitória eleitoral dos partidos oposicionistas. Em setembro em 1980, uma emenda constitucional extinguiu os cargos de senadores biônicos e restabeleceu as eleições diretas para governadores, adiando, porém, por mais dois anos as eleições para a Câmara Federal e o Senado, governos estaduais, prefeituras, Assembleias Legislativas estaduais e Câmaras de Vereadores. Em novembro de 1982, quatro dias antes das primeiras eleições diretas para governadores desde 1965, o governo proibiu as coligações partidárias e estabeleceu a vinculação do voto: o eleitor só poderia votar em candidatos do mesmo partido e, na cédula, não apareciam os nomes dos partidos.

Mesmo assim, as oposições somadas obtiveram 25 milhões de votos, elegendo dez governadores – nove pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e um pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT). O Partido Democrático Social (PDS), substituto da Arena, obteve 18 milhões de votos, elegendo 12 governadores. Embora perdendo em número de votos, o regime manteve o controle do processo de democratização e articulou a sucessão de Figueiredo, o que ocorreria em novembro de 1984.

Os avanços políticos em direção às liberdades democráticas provocaram a reação da extrema-direita, que começou a praticar sequestros e atos com bomba e a pôr fogo em bancas de jornal. No Rio de Janeiro, foi colocada uma bomba na sede da OAB e outra na sala de um vereador do PMDB, matando uma pessoa. Em abril de 1981, os atos violentos atingiram o clímax, com o episódio Riocentro. Durante um *show* comemorativo do Dia do Trabalho organizado por entidades sindicais, no centro de convenções Riocentro, com cerca de vinte mil pessoas, uma bomba foi encontrada na caixa de força e outra explodiu em um carro estacionado no local, matando um sargento do Exército e ferindo um capitão. O chefe do Gabinete Civil da presidência, general Golbery do Couto e Silva, tentou apressar as investigações e fazê-las seguir pela Justiça comum. Porém, por pressão das Forças Armadas, que não queriam a investigação do episódio, Golbery acabou se demitindo em agosto de 1981. O Exército negou envolvimento e o processo foi sendo retardado em todas as instâncias até ser arquivado, anos depois.

A crise política foi marcada pelo esgotamento da aliança que sustentara o regime burocrático autoritário (empresariado nacional, capital internacional e a tecnoburocracia militar e civil), em conjunto com as pressões das reivindicações populares, sindicais e de entidades de oposição liberal, como a OAB e a ABI, que passaram a exigir a volta ao Estado de Direito. Em 1982, foram eleitos para os governos de estado antigos opositores do regime, como Leonel Brizola, no Rio de Janeiro, e Miguel Arraes, em Pernambuco. No final do governo Figueiredo, em 1984, foram realizadas as maiores manifestações de massa da história do país no movimento "Diretas Já!", exigindo as eleições livres e diretas para a presidência da República.

Essa intensa mobilização da sociedade brasileira foi frustrada pela derrota da Emenda Dante de Oliveira, no Congresso Nacional, ainda sob controle do partido do governo e

dos conservadores. Todavia, foi a pressão da sociedade em prol da democratização do país que ocasionou a cisão do partido governista (PDS) na Frente Liberal e a formação, com o PMDB, da Aliança Democrática em apoio à candidatura de Tancredo Neves à presidência da República, realizada de forma indireta pelo Colégio Eleitoral. A eleição de Tancredo Neves, em janeiro de 1985, encerraria um ciclo de vinte anos de governos militares, mas dando continuidade ao processo iniciado pelo general Geisel de 'transição democrática': uma transição sem rupturas, pactuada entre as elites e baseada em uma aliança político-partidária da qual faziam parte parlamentares que haviam sido da Arena e tinham sustentado o regime militar nas suas décadas de existência.

Para o movimento sanitário, os anos Figueiredo iniciam com o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em novembro de 1979, que lhe conferiu visibilidade na cena política setorial. Entre a realização do simpósio e as propostas que deram origem às Ações Integradas de Saúde, em 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país e configurando sua singularidade, procurando cada vez mais detalhar seu projeto de atuação no panorama de saúde da população brasileira. Foi a época do 'sonho tecnocrático' do Prevsaúde – confluência de um conjunto de experiências institucionais do período anterior.

Em março de 1980, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema central "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos". O objetivo era promover o debate de assuntos relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Prevsaúde. Documento oficial do Ministério da Saúde reconhecia, em 1980, que quase 40 milhões de brasileiros não tinham qualquer acesso aos serviços de saúde e assistência médica (Ribeiro, 1983).

Inicialmente denominado de Pró-Saúde, o programa – gestado por um grupo técnico interministerial – visava a integrar, ou pelo menos articular, os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde. Tinha a influência do ideário de "Saúde para todos no ano 2000", aprovado como diretriz estratégica da Organização Mundial da Saúde na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e a experiência pregressa da implantação do Piass. O Prevsaúde, de cujo desenho participaram técnicos vinculados ao movimento sanitário,

> definia como objetivos: universalização da cobertura de serviços básicos; articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; regionalização dos serviços; utilização de técnicas simplificadas; e participação comunitária. Para o cumprimento desses objetivos, propunha-se o privilegiamento da expansão da rede pública, especialmente de serviços básicos, bem como o incentivo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva, e a definição de planos estaduais de cargos e salários, entre outros. (Faleiros *et al.*, 2006: 103)

Por ser uma proposta racionalizadora, que favorecia o setor público, e de cunho democratizante ao incluir a participação comunitária, o programa enfrentou enormes resistências dos setores privatizantes e conservadores, da previdência social e do próprio Ministério da Saúde, que exigiram a sua reformulação. Um mês após a primeira versão, em setembro de 1980, foi apresentada uma segunda versão que tampouco foi aprovada e, assim, após sucessivas versões – que chegaram a ser doze –, o Prevsaúde foi engavetado no começo de

1981. Ao final de algumas versões, o Prevsaúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Gentile de Mello o chamava de 'natimorto' (Rodriguez Neto, 2003).

Em 1981, tornou-se pública a 'crise da previdência'. A estrutural contradição financeira da previdência social foi se agravando, atenuada em certos momentos por medidas paliativas, até que, com a recessão econômica, nesse ano, estourou a crise evidenciada no grande déficit financeiro. Enquanto uns atribuíam o fato à erosão das receitas, decorrente da diminuição das contribuições salariais devido ao desemprego e ao arrocho salarial consequentes à recessão econômica, outros argumentavam que o problema estava localizado na assistência médica previdenciária – na sua expansão e na falta de controle dos gastos realizados, primordialmente, com a compra de serviços ao setor privado.

Entre a criação do INPS em 1967 e o início da década de 1980, o número de contribuintes do sistema previdenciário passou de 7 milhões para 24 milhões, concentrados nos setores secundário e terciário da produção e localizados nas áreas urbanas (Ribeiro, 1983). Entretanto, na primeira metade da década de 1980, os gastos do Tesouro Federal com saúde diminuíram, assim como os gastos do Inamps, que apenas em 1986 retornaram ao patamar de 1980. Em 1982, os gastos com assistência médico-hospitalar representavam 20% do total dos gastos da previdência social, uma diminuição importante comparando-se aos 30% dos gastos em 1976.

Diante da crise, o governo federal lançou, em novembro de 1981, o 'pacote da previdência', que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), para propor alternativas racionalizadoras que conseguissem conter os gastos da previdência social com assistência médica (Rodriguez Neto, 2003).

O Conasp, órgão do MPAS, era presidido por Aloysio Salles e integrado por 14 membros escolhidos pelo próprio presidente da República a partir de listas quíntuplas elaboradas pelos ministérios e organismos representativos. Participavam representantes do governo federal (Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Fazenda, Desburocratização e Planejamento); patronais (Confederações Nacionais do Comércio, da Agricultura e da Indústria); dos trabalhadores (Confederações Nacionais dos Trabalhadores da Indústria, do Comércio e da Agricultura); e dos médicos (CFM).

Na análise de Eleutério Rodriguez Neto, integrante da Secretaria Executiva, no Conasp estavam representadas quatro tendências principais no que diz respeito às concepções do sistema de saúde e suas estratégias organizativas. A 'conservadora-privatista', representada pela Confederação Nacional do Comércio, à qual estava filiada a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), defendia a manutenção do modelo assistencial vigente, ampliando os recursos e melhorando a fiscalização. A segunda tendência, 'modernizante-privatista', representada pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, defendia a organização do sistema nacional de saúde com base na medicina de grupo e pagamento direto dos usuários. Ao setor público caberia a responsabilidade da atenção à saúde das populações marginalizadas e ações específicas de saúde pública.

O representante do Ministério da Saúde e os técnicos da Secretaria Executiva do Conasp apresentavam uma terceira tendência, de 'perspectiva estatizante', que defendia a responsabilidade estatal pela execução dos serviços de saúde. A quarta tendência, majoritária, tinha um caráter 'liberal': defendia a primazia do setor público e o controle do setor priva-

do, mas buscava formas harmoniosas e eficientes de convívio dos dois setores ao interior do sistema nacional de saúde, combatendo o mercantilismo. Essa era a tendência do próprio presidente do Conasp, assim como do MEC, CFM, Confederação Nacional da Agricultura (CNA), Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação Nacional de Trabalhadores da Indústria (CNTI), Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura (CNTA) e Confederação Nacional de Trabalhadores do Comércio (CNTC).

A previdência tentou, através do Inamps, controlar os gastos com assistência médico-hospitalar utilizando dois mecanismos: fiscalização de contas mais rigorosa e a redução progressiva dos valores pagos pelos atos médico-hospitalares e diárias (Ribeiro, 1983). O primeiro produto do Conasp foi o estabelecimento de parâmetros assistenciais. Por intermédio da portaria MPAS 3.046/82, foram instituídas normas de padronização do número de consultas médicas, exames, de cobertura e de concentração de serviços.

Em agosto de 1982, foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, documento conhecido como Plano do Conasp, composto por três grandes eixos:

- o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), novo sistema de contas hospitalares, implantando a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que remunerava por procedimentos mais agregados e não mais por unidades de serviço;
- o projeto de racionalização da assistência ambulatorial, que previa o credenciamento de médicos em seus consultórios e melhoria dos serviços próprios, uma tentativa de hierarquização de consultas e serviços complementares ambulatoriais privados como forma de diminuir as filas por atendimento;
- os convênios trilaterais entre MPAS, Ministério da Saúde e os governos dos estados, de forma a racionalizar os recursos utilizando a capacidade pública ociosa.

Para implementar o plano, Aloysio Salles, presidente do Conasp, foi convidado para presidir o Inamps. O plano do Conasp foi traduzido institucionalmente pela direção geral do Inamps em uma proposta de ação envolvendo 33 projetos e programas – dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que consubstanciava a proposta de convênio trilateral. A partir do segundo semestre de 1983, o PAIS passou a ser implementado em alguns estados do Brasil por intermédio de convênios e termos aditivos, desenvolvendo-se em um contexto institucional que refletia de forma particular a crise governamental, com a falta de recursos financeiros e de coordenação por parte do governo.

Além dessas dificuldades, a proposta enfrentou resistências dentro do aparelho de Estado fortemente hegemonizado pelas posturas privatizantes. Representantes orgânicos e independentes desses interesses ocupavam cargos importantes na direção geral do Inamps e priorizavam a implementação das propostas relativas ao setor privado (novo sistema de contas hospitalares e o projeto de racionalização ambulatorial), em detrimento da assinatura de convênios com os governos estaduais eleitos diretamente e recém-empossados. Mesmo assim, em maio de 1984, todos os estados brasileiros haviam assinado os convênios.

Com o PAIS inicia-se o processo de universalização da assistência médica. As prefeituras passaram a receber por produção e, financiadas pelo Inamps, ofereceram atendimento

a toda a população. Os serviços da previdência social, entretanto, continuavam atendendo apenas seus segurados, ou seja, os trabalhadores com vínculo formal que contribuíam para a previdência.

Em janeiro de 1984, em seminário realizado pela equipe da Secretaria de Planejamento da Direção Geral do Inamps, reunindo vários técnicos de instituições acadêmicas e governamentais, o PAIS foi transformado em AIS, isto é, o programa foi redimensionado em uma estratégia de reorientação setorial que privilegiava o setor público e visava à integração interinstitucional, descentralização e democratização. Até mesmo pela degeneração das instituições no final do regime militar, essa proposta, fruto da incorporação do método de planejamento estratégico no Inamps, conseguiu atravessar o cerco hegemônico privatista e instalar-se na política de saúde, ainda que inicialmente em uma posição marginal.

Ciplan

A Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan) foi instituída em 1980 na época do desenvolvimento do Piass, como instância de articulação entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Posteriormente, o Ministério da Educação também passou a integrar a comissão, que desempenhou importante papel de coordenação na implementação dos convênios das AIS.

Em maio de 1984, a resolução Ciplan (MEC/MS/MPAS) 6/84 adotou oficialmente as AIS como estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde. A partir desse momento, a estratégia das AIS passou a ser implementada com base nos seguintes princípios gerais: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo.

Sem alterar a hegemonia do Inamps dentro do setor, as AIS privilegiaram o subsetor público prestador de serviços de saúde e a integração interinstitucional, formando instâncias colegiadas de gestão – Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (Clis) – e desenvolvendo instrumentos de programação e orçamentação integradas (POIs). Privilegiaram a desconcentração das ações de atenção à saúde para os níveis estaduais e municipais. Postos e centros de saúde passaram a oferecer assistência médica, além dos tradicionais programas de saúde pública.

As AIS inauguraram a alteração radical do relacionamento da previdência social com prestadores públicos e secretarias municipais e estaduais de Saúde. Até então, era muito difícil para prefeituras e estados estabelecerem convênios com o Inamps, principalmente se fossem governados pela oposição. Além disso, as AIS legitimaram – inicialmente, em um contexto autoritário e, posteriormente, no período de transição democrática – a participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas de saúde. No entanto, antes da Nova República, a abrangência das AIS ficou limitada. Até 1984, 132 municípios tinham assinado os convênios enquanto, em 1987, 2.500 municípios tinham aderido à proposta das AIS. A implantação da proposta, além de parcial, foi muito heterogênea entre as diversas regiões do país.

O PAIS/AIS significou a entrada do movimento sanitário na direção geral do Inamps:

> Significado de abertura da instituição a novos quadros do movimento sanitário, pelo franqueamento de informações até então monopolizadas pelos estamentos burocráticos conservadores, pelo próprio avanço do processo de planejamento no interior do Inamps e pela evolução do processo político representado estrategicamente pelas AIS. (Rodriguez Neto, 2003: 47)

A partir das AIS, a história da política de saúde deixa de narrar aquilo que vinha sendo realizado por cada um dos ministérios e passa a centrar-se na implementação de propostas de articulação interinstitucional e nas estratégias para a unificação do sistema de saúde. Nem por isso os conflitos entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social deixaram de existir. Por exemplo, na contramão das propostas de universalização e publicização do sistema de saúde, em gestação no âmbito do Conasp, o Ministério da Saúde, entre março e abril de 1982, apresentou a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde. O documento elaborado pelo Grupo Saúde do CNRH/Ipea reunia as diferentes modalidades de prestação de serviços em três grandes subsistemas: privado autônomo, ou seja, a medicina liberal independente de contratos e convênios governamentais; subsistema de assistência à saúde delegado, equivalente à modalidade de convênio empresa; e subsistema de assistência à saúde de responsabilidade pública, correspondendo ao conjunto de serviços públicos e privados contratados. "A argumentação era de que seria um 'atraso' em relação ao modelo econômico vigente e em processo de modernização apostar no desenvolvimento do setor público" (Rodriguez Neto, 2003: 42-43).

A partir de 1980, os dias nacionais de vacinação, inicialmente contra a poliomielite, alcançaram sucesso no controle desta e de outras infecções. O Programa Nacional de Imunizações havia sido institucionalizado em 1973, porém a disputa entre 'campanhistas' e defensores da vacinação como atividade de rotina retardou, entre 1974 e 1979, o desenvolvimento do programa. A estruturação da política de imunização teve repercussões positivas na Fiocruz, com a criação de Bio-Manguinhos, em 1976, e do Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS), em 1981 (Ponte, 2010b).

No âmbito da academia, a partir de 1979, as residências em medicina preventiva e social tiveram grande desenvolvimento com o Programa de Apoio às Residências de Medicina Social, Preventiva e Saúde Pública (PAR). O PAR resultou de entendimentos entre Inamps, Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e Fiocruz para atender as necessidades de uma coordenação nacional entre os programas de residência, criados pelo Inamps em 1980, por meio de convênios com diversas universidades federais e outras instituições do país.

O PAR significou a entrada da previdência social na pós-graduação em saúde coletiva e sua associação – ainda que breve – com uma instituição formadora de recursos humanos, a Ensp. O conflito entre linhas de atuação e o apoio do Inamps à proposta de Medicina Geral e Comunitária em vez da Medicina Social fez com que o PAR procurasse abrigo na recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), confundindo suas histórias nos primeiros anos de existência da associação.

Abrasco

Criada em setembro de 1979 como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, deu ênfase muito especial à residência em medicina preventiva e social, expandida no país devido a um convênio firmado entre o Inamps e várias universidades. Ainda que conservando o nome de pós-graduação, a Abrasco muitas vezes veio a público se manifestar sobre propostas políticas, estando com o Cebes presente em muitos fóruns da sociedade civil. Assumiria, então, duas funções: uma de caráter mais corporativo, que seria a defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva, no momento da constituição desse novo campo disciplinar, e outra de porta-voz dos pensamentos da comunidade científica (Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

No momento inicial da constituição da Abrasco, a área de recursos humanos foi destacada como estratégica. Nos anos seguintes, a associação procurou se fortalecer no contato com as agências financiadoras, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Finep, ao mesmo tempo que buscou estimular e apoiar os programas de pós-graduação na área de saúde coletiva. "À medida que o país caminhava para um regime democrático, a Abrasco crescia orientada pelo debate em torno da constituição de um novo campo na área da saúde, denominado Saúde Coletiva, e em torno dele se definia, se conformava como um ator político" (Fonseca, 2006: 25).

Em setembro de 1984, o diretor do Departamento de Planejamento da Direção Geral do Inamps, Eleutério Rodriguez Neto,

> foi demitido sob a alegação de exigências dos órgãos de informação (...). Naquela ocasião, a partir de algumas discussões promovidas pelo Cebes, o movimento sanitário traçou a estratégia de ocupar todos os espaços de discussão possíveis, articular-se com as lideranças da Aliança Democrática e promover encontros, com a finalidade não só de obter clareza sobre o plano de governo desejável na área de Saúde, como também de influir na sua adoção. (Rodriguez Neto, 2003: 48)

A movimentação no setor saúde alcançou grande desenvolvimento no último semestre de vigência do regime autoritário. O movimento sanitário não só participou com os demais setores da sociedade brasileira da campanha "Diretas Já!", como também trabalhou, específica e intensamente, um projeto para a saúde diante das perspectivas de um regime democrático e mais justo. No segundo semestre de 1984 e início de 1985, foi realizada uma série de reuniões e a elaboração de documentos com uma proposta de saúde para a transição democrática. Nessa atividade intensa de reuniões, seminários e encontros, foram sendo aperfeiçoadas recomendações de mudanças para o sistema nacional de saúde com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a serem implementadas com a unificação, democratização e descentralização do sistema de saúde.

Em dezembro de 1984, realizou-se na Câmara dos Deputados o V Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, que discutiu "algumas questões visando a embasar uma Política de Saúde para o Governo de Transição'" (Paim, 2008: 96). Em janeiro de 1985, houve o III Encontro Municipal do Setor Saúde em Montes Claros. Às vésperas da reunião do Colégio Eleitoral, no encontro setorial do PMDB para discutir seus projetos de governo, as ideias do movimento sanitário foram amplamente aceitas, e a unificação do sistema de saúde foi incorporada como proposta do partido de oposição. Poucos meses depois, o movimento conseguiu que suas ideias integrassem o Plano de Governo – Comissão do Plano de Ação Governamental (Copag), instituída ainda por Tancredo Neves.

Em 14 de março de 1985, véspera da posse na presidência da República, Tancredo Neves, primeiro presidente civil após vinte anos de ditadura militar, adoeceu gravemente, foi submetido a várias cirurgias e veio a falecer em 21 de abril. Em seu lugar, tomou posse e depois assumiu a presidência da República José Sarney, antigo quadro político da Arena, indicado ao cargo de vice-presidente pela Frente Liberal. Começava a transição democrática denominada por Tancredo Neves de Nova República.

1985-1990: TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA E CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No primeiro ano de seu governo, José Sarney (1985-1990) manteve o ministério indicado por Tancredo Neves, que refletia uma composição político-partidária bastante heterogênea, incluindo setores de esquerda. Nesse momento, Sarney buscou, como ele mesmo dizia, "resgatar a dívida social", restaurar a ordem democrática "varrendo o entulho autoritário" e normalizar a economia.

Logo nos primeiros meses, foi encerrado o longo período de censura à imprensa e aos demais meios de comunicação; os partidos clandestinos – Partido Comunista Brasileiro (PCB) e Partido Comunista do Brasil (PCdoB) –, assim como as grandes centrais sindicais, puderam organizar-se livremente. Novos partidos foram estruturados, como o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e o Partido Liberal (PL). Foi criada uma comissão, presidida pelo jurista Afonso Arinos, para elaborar o anteprojeto da nova Constituição. E foi lançado o Plano Cruzado, em 1986, que mudou a moeda do país (a primeira de quatro vezes naquela década), e adotados o congelamento geral de preços por 12 meses e o 'gatilho salarial' (reajuste automático de salários sempre que a inflação atingia ou ultrapassava os 20%).

O Plano Cruzado obteve grande apoio popular ao conter os preços e aumentar o poder aquisitivo da população, ainda que por poucos meses. Milhares de consumidores passaram a fiscalizar os preços no comércio e a denunciar as remarcações, ficando conhecidos como "fiscais do Sarney". No entanto, no decorrer de 1986, o plano começou a apresentar suas deficiências: crise de abastecimento, cobrança de ágio disseminada entre fornecedores e a volta da inflação.

A manutenção do congelamento de preços até as eleições de novembro de 1986 favoreceu a vitória do PMDB em 22 dos 23 governos estaduais. Mas não conseguiu conter a inflação. Foi lançado o Plano Cruzado II (e a moeda mudou para cruzado novo), sem que a economia apresentasse sinais de melhora. Em janeiro de 1987, foi decretada a suspensão unilateral do pagamento da dívida externa (moratória), o que tampouco conseguiu equacionar a crise econômica. O Plano Bresser, em junho de 1987, e o Plano Verão, em janeiro de 1989, tentaram, novamente sem sucesso, combater a escalada inflacionária. Ao final do governo Sarney, entre fevereiro de 1989 e março de 1990, a inflação chegou a 2.751%.

Porém, o processo de redemocratização do país foi bem-sucedido. Em 1985, foram eleitos os prefeitos das capitais, até então indicados pelos governadores por serem consideradas áreas de segurança nacional. Em 1986, além dos governadores e deputados estaduais, elegeram-se deputados federais e senadores constituintes. A nova Constituição do país, a Constituição Cidadã, como denominada por Ulysses Guimarães, foi aprovada em outubro de 1988 e as primeiras eleições diretas para a presidência da República ocorreram em outubro de 1989.

Durante o processo de elaboração da nova Constituição, sem conseguir controlar a situação econômica, o governo restringiu cada vez mais sua base de apoio, retornando ao velho pacto político do autoritarismo. O *slogan* do início do governo Sarney, "Tudo pelo social", e as anunciadas políticas sociais-democráticas foram progressivamente substituídas por políticas conservadoras, e a composição ministerial refletiu essa mudança de rumo. A negociação entre a presidência da República e os parlamentares constituintes conhecidos como Grupo do Centrão (multipartidário) para manter o regime presidencialista e definir

um mandato presidencial de cinco anos teve como consequência a redistribuição dos cargos políticos e uma nova equipe ministerial que passou a ser majoritariamente conservadora.

Ao final do governo Sarney, a política econômica, conhecida como "feijão com arroz", em nada alterara a situação. A inflação estourava, não havia negociação favorável à dívida externa, a especulação financeira grassava e os investimentos produtivos eram escassos. Nesse contexto, foi eleito Fernando Collor de Mello. Denunciando a corrupção 'endêmica' do governo Sarney e denominando-se o "caçador dos marajás", derrotou o candidato do Partido dos Trabalhadores para, dois anos depois, renunciar ao mandato antes de sofrer um processo de *impeachment*.

Em 1985, a nomeação de representantes do movimento sanitário para importantes cargos de direção governamental – no Ministério da Saúde em particular, de Sergio Arouca para a presidência da Fundação Oswaldo Cruz, e no Ministério da Previdência e Assistência Social, de Hésio Cordeiro para a presidência do Inamps – possibilitou uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde. As AIS, estratégia marginal do governo anterior, foram ratificadas como estratégia de reorientação setorial pelos ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação, e tornaram-se a política do Inamps. Essa prioridade refletiu-se tanto no orçamento do Inamps para 1986, quanto na crescente adesão das prefeituras aos convênios AIS.

A proposta de unificação do sistema de saúde com a incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, aparentemente consensual ao final do regime autoritário, até mesmo incorporada no Plano Copag, encontrou diversas resistências. Além de divergências entre os dois ministros do setor, o próprio movimento sanitário estava dividido, com cada grupo 'vestindo a camisa' de sua instituição. Como solução, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deveria proporcionar elementos para debate na futura Constituinte (Escorel, 1999). Nesta conferência, diferentemente das anteriores e pela primeira vez, além dos profissionais e dos prestadores de serviços da saúde e dos quadros técnicos e burocráticos do setor, incluíram-se os usuários do sistema de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde

A origem das conferências de saúde data de janeiro de 1937 (lei n. 378). Elas foram criadas com o principal objetivo de propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para formulação de políticas e para a concessão de auxílios e subvenções financeiras. Desde que foram instituídas, as conferências sofreram profundas mudanças, mas, todas, com maior ou menor intensidade, interferiram nas políticas de saúde (Escorel & Bloch, 2005). Nesse sentido, a 8ª CNS é considerada um marco de transformação desses fóruns, sendo fundamental para o processo da reforma do sistema de saúde brasileiro desembocado na Constituição de 1988.

Com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Cebes, da Abrasco, a conferência discutiu temas que se desdobraram em diretrizes válidas ainda hoje: 1) busca da equidade; 2) garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; 3) aumento do financiamento público do setor saúde; 4) unificação e integração das ações do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e do ponto de vista de sua gestão – integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; e 5) atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, implementação e controle das ações de saúde.

Reunindo mais de quatro mil pessoas, entre as quais mil delegados, a 8ª CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. O relatório final desta CNS passou a significar a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novas vertentes e integrantes, entre os quais se destacam o Movimento Popular de Saúde (Mops) e os secretários municipais de Saúde, que viriam a constituir o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Segundo Paim (2008), o relatório final da 8ª CNS é a sistematização da Reforma Sanitária como projeto, isto é, o conjunto de políticas articuladas.

Você pode ler mais sobre as Conferências Nacionais de Saúde no capítulo 28.

Conasems

Tendo como origem os Encontros Municipais do Setor Saúde realizados desde 1977, o movimento dos secretários municipais de Saúde constituiu, em 1988, o Conasems "com a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de Saúde do país. Alicerçado em conceitos como descentralização e municipalização, a entidade propôs uma fórmula de gestão democrática para a saúde, atribuindo aos municípios um papel que não fosse o de meros coadjuvantes. O Conasems passou a auxiliar os municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus respectivos sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica. Também se lançou na disputa por espaço político nas instâncias federais, incluindo na pauta de discussões da saúde grandes temas de interesse, como financiamento público, recursos humanos e a defesa dos princípios do SUS. Enfim, direcionou seu trabalho para promover o acesso universal e equânime da população aos serviços de saúde e para garantir a integralidade destas ações desde a prevenção até a reabilitação". A partir da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, o Conasems passou a ser o ator político de maior relevância setorial, com grande influência na descentralização 'municipalizante' do SUS e na ênfase da dimensão institucional da Reforma Sanitária, ou seja, dos aspectos envolvidos na implementação do SUS (www.conasems.org.br).

A partir da 8ª CNS, modificaram-se as bases de organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais de Saúde, configurando um modelo que perdura até o presente momento. A 8ª CNS não se restringiu ao momento de sua realização, em março de 1986, em Brasília. Foi um processo de discussão que se iniciou com as pré-conferências estaduais, culminou na conferência em si e desdobrou-se em 1986 e 1987 nas discussões das conferências específicas por temas e áreas de atuação: saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, do consumidor; recursos humanos; saúde bucal, saúde mental, grandes endemias. Sobre esses temas foram realizadas conferências estaduais e nacionais, utilizando-se o Relatório Final da 8ª CNS como elemento norteador (Brasil, 1986).

Em julho de 1987, foi aprovado o decreto que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), a partir de uma proposta originária da presidência do Inamps visando à descentralização dos serviços de saúde. Hésio Cordeiro, presidente do Inamps na ocasião, faz um relato minucioso e analisa todo o processo de elaboração e implementação da política em seu livro *Sistema Único de Saúde* (Cordeiro, 1991).

Na proposta do Suds, incluíam-se o enxugamento da máquina previdenciária de nível estadual, transformando as antigas superintendências regionais em escritórios; a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento do secretário estadual de Saúde como gestor único de saúde em cada esfera de governo; e a transferência

para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. "A ideia do Suds surgiu como uma estratégia ponte, uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde" (Cordeiro *apud* Faleiros *et al*., 2006: 78).

O Suds foi o centro de nova polarização no interior do movimento sanitário. Para uns, significava a tentativa do Inamps de esvaziar a Reforma Sanitária, reduzindo-a a uma mera reforma administrativa. Para outros, uma estratégia para a implantação do SUS. Jairnilson Paim (2008: 138) considera o Suds como a "trincheira técnico-institucional da Reforma Sanitária, exercitando o planejamento, unificando estruturas administrativas, instalando canais de participação social (conselhos de saúde) e, em alguns estados, implantando distritos sanitários". As duas outras trincheiras de luta da Reforma Sanitária seriam a sociocomunitária (estabelecimento de amplo arco de alianças) e a legislativo-parlamentar (elaboração do capítulo constitucional e da legislação ordinária sobre saúde).

A implementação do Suds nos estados e municípios dependeu do grau de compromisso dos dirigentes políticos e setoriais locais com a proposta. No entanto, mesmo onde o processo começou com amplo apoio, o desenvolvimento do Suds passou a encontrar sérias dificuldades a partir da demissão do presidente do Inamps e sua equipe, em março de 1988. A resistência originou-se nas lideranças políticas regionais, que sentiam seus interesses ameaçados, e também na burocracia do Inamps e do Ministério da Saúde, principalmente nos interesses 'verticalistas' e centralizadores localizados na Sucam e na Fundação Sesp – e, naturalmente, do subsetor privado. Essa articulação de interesses contrários à proposta fez com que, simultaneamente à aprovação do capítulo constitucional, a política de assistência médica previdenciária desse uma 'meia-volta à direita'.

Os principais desdobramentos da 8ª CNS foram a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde. A primeira, de composição paritária entre governo e sociedade civil, realizou o trabalho de elaborar – aos moldes da Comissão Afonso Arinos – a proposta constitucional para o capítulo de saúde, tendo como referência o relatório final da 8ª CNS. A Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

Plenária Nacional de Saúde

Estava constituída por entidades representativas do movimento popular – Mops e Conam –, do movimento sindical – Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) –, dos profissionais da saúde (federações, confederações, associações nacionais, sindicatos e conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PCdoB, PT e PSB) e de representantes da academia (Abrasco, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas), além de entidades representativas setoriais, como o Cebes, o Conass e o Conasems.

Em agosto de 1987, representando 168 entidades, a Plenária Nacional de Saúde apresentou no plenário da Constituinte a proposta de emenda popular assinada por 54.133 eleitores, lida por Sergio Arouca.

No entanto, como assinala Paim (2008: 143), o baixo número de assinaturas da emenda popular de saúde, quando comparado com os três milhões que assinaram a da reforma agrária e os mais

de um milhão da emenda sobre o ensino público, indica "a estreita base de sustentação política e social da Reforma Sanitária Brasileira, apesar da eficácia política obtida pela Plenária Nacional de Saúde junto ao movimento popular e à Constituinte".
Fontes: Faleiros *et al.*, 2006; Paim, 2008.

As idas e vindas do processo constituinte, os detalhes de cada projeto apresentado e debatido, os diversos interesses em disputa, as alterações incorporadas ao projeto original ao longo do percurso da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, passando pela Comissão da Ordem Social e pela Comissão de Sistematização até as votações em primeiro e segundo turnos no plenário do Congresso Constituinte, foram descritos e analisados por Rodriguez Neto (2003). A análise do processo indica as diferentes visões em disputa, não apenas entre os defensores do setor público (ou estatizantes) e os empresários da iniciativa privada, como também no interior do primeiro grupo entre os que defendiam a 'unificação pela previdência' e os que queriam resgatar o papel de condução do Ministério da Saúde sobre um sistema único.

Com "promessas e limites", no dizer do autor, a Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art. 194), um "conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social".

A saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art. 196), adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado na 8ª CNS. E foi criado o SUS, sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (Brasil, 1988).

Constituição Federal de 1988

Capítulo II – Da Seguridade Social – Seção II – Da Saúde

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Em ambos os ministérios setoriais, a Nova República caracterizou-se por uma sucessão de ministros que progressivamente abandonaram as propostas ajustadas no plano do Copag e passaram a imprimir orientações conservadoras e privatizantes à política de saúde. Ao final da primeira fase do governo Sarney, o movimento sanitário acumulava vitórias no âmbito do processo constitucional, mas, no institucional, passou a ter seus representantes destituídos dos cargos que até então ocupavam. No 'apagar das luzes', o presidente da República, José Sarney, assinou decreto transferindo o Inamps para o Ministério da Saúde, estabelecendo, assim, uma nova configuração setorial que seria colocada em ação pelo governo Collor (1990-1992): a unificação da assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde, constituindo o SUS (Escorel, 1999). "Tal como ocorrera na experiência italiana, os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária, por ironia da história, passaram a ser os responsáveis pela implantação do SUS no Brasil" (Paim, 2008: 180).

Ao longo do ano de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que regulamentaria o SUS. As manifestações do VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde ("Saúde: municipalização é o caminho") e do II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ("Sistema Único de Saúde: conquista da sociedade") indicavam a preocupação com o retrocesso que o projeto constitucional poderia sofrer diante da demora em estabelecer a legislação ordinária. A conjuntura também estava marcada por instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, pela disseminação da ideologia neoliberal, e por um parlamento, eleito juntamente com Collor de Mello, com predomínio de forças privatizantes.

Novamente, a Plenária Nacional de Saúde assumiria a condução dos debates da Lei Orgânica da Saúde que seria promulgada em 1990 (leis 8.080, de setembro de 1990, e 8.142,

de dezembro de 1990), constituindo as bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro, o SUS.

Para conhecer mais sobre a criação e o desenvolvimento do SUS, leia o capítulo 12.

Para refletir

Quais princípios e características diferenciam o SUS do modelo de assistência médica previdenciária anterior? Quais aspectos do modelo anterior estão ainda presentes no SUS?

Considerando a abordagem utilizada neste capítulo, identifique os principais aspectos políticos, econômicos e sociais da conjuntura atual e examine as diretrizes da política nacional de saúde, os principais atores em cena e seus interesses, as arenas essenciais em que as disputas são travadas e os resultados dessa correlação de forças sociais na saúde.

Leituras recomendadas

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FALEIROS, V. de P. *et al*. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLEURY, S.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FERREIRA, J. & DELGADO, L. de A. N. (Orgs.) O Tempo da Ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. (Coleção Brasil Republicano, v. 4).

KOSHIBA, L. & PEREIRA, D. M. F. História do Brasil. 7. ed. São Paulo: Atual, 1996.

OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/ Fiocruz, 2010.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

VIANNA, M. L. T. W. *A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

Sites de Interesse

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco): www.abrasco.org.br

Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames): www.alames.org

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): www.cebes.org.br

Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) da Fundação Getulio Vargas (FGV): www.cpdoc.fgv.br

Conselho Nacional de Saúde: www.conselho.saude.gov.br

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass): www.conass.org.br

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): www.conasems.org.br

Referências

ALVES, M. H. M. *Estado e Oposição no Brasil, 1964-1984*. Petrópolis: Vozes, 1985.

AROUCA, S. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. *Saúde em Debate*, 20: 39-46, abr. 1988.

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1978.

BOUDON, R. & BOURRICAUD, F. *Dicionário Crítico de Sociologia*. São Paulo: Ática, 2001.

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL. Presidência da República. *Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979)*. Brasília, s. d.

BRESSER PEREIRA, L. C. *Pactos Políticos: do populismo à redemocratização*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRIGAGÃO, C. *A Militarização da Sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

CARVALHO, A. I. Saúde e educação de base: algumas notas. *Saúde em Debate*, 7: 61-65, 1978. (Republicado em FLEURY, S.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008).

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Londrina, 4 a 9 de abril, vem aí a IV Sesac. *Saúde em Debate*, 2: 58-59, jan./mar. 1977.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde: 20 anos*. Brasília: Conass, 2002.

CORDEIRO, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

DE GÓES, W. & CAMARGO, A. *O Drama da Sucessão e a Crise do Regime*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitári*o. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S. *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. & EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e o SUS. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, V. de P. *et al*. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLEURY, S.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FONSECA, C. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. *In*: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.) *Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

KUCINSKI, B. *Abertura: a história de uma crise*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

LENT, H. *O Massacre de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Avenir, 1978.

MELLO, C. G. de. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

MERCADANTE, O. A. *et al.* (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec, 1992.

NORONHA, J. & TRAVASSOS, C. Participação comunitária nos programas de saúde. *Saúde em Debate*, 12: 18-20, 1981. (Republicado em FLEURY, S.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008).

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3): 909-916, 2008.

O'DONNELL, G. Tensões no estado autoritário-burocrático e a questão da democracia. *In*: COLLIER, D. (Org.) *O Novo Autoritarismo na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

PAIM, J. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. Saúde *em Debate*, 11: 57-59, 1981.

PAIM, J. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 9(2): 88-94, 1985.

PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PONTE, C. F. A saúde como mercadoria: um direito de poucos. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/Fiocruz, 2010a.

PONTE, C. F. Imunização: um programa nacional. *In*: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, EPSJV/Fiocruz, 2010b.

REIS, F. W. & O'DONNELL, G. (Org.) *A Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo: Vértice, 1988.

RIBEIRO, H. P. (Org.) *Políticas de Saúde e Assistência Médica: um documento de análise*. Associação Médica Brasileira: s. l., 1983.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SINGER, P. *A Crise do Milagr*e. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

TAVARES, M. da C. & ASSIS, J. C. *O Grande Salto para o Caos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

TEIXEIRA, S. M. F. *et al*. (Coord.) *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Textos de Apoio. Rio de Janeiro: PEC, Ensp, 1988.

12. O Sistema Único de Saúde – SUS

José Carvalho de Noronha
Luciana Dias de Lima
Cristiani Vieira Machado

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde.

A implantação do SUS começa no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Posteriormente, reformulam-se os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, adotam-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, criam-se e ampliam-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários.

Neste capítulo, são tratados os principais aspectos que orientam e influenciam a implantação do SUS até o final da década de 2000. Inicialmente, são identificados os marcos legais e normativos para a conformação do sistema, ressaltando a abrangência e a profundidade das mudanças propostas na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Em seguida, apresenta-se a diversidade de ações e serviços que compõem o sistema, bem como suas formas de organização e descreve-se o arcabouço político-institucional do SUS, incluindo sua estrutura de gestão e instâncias decisórias, destacando-se o papel das três esferas de governo, das denominadas comissões intergestores na saúde e das conferências e dos conselhos de Saúde.

Na seção seguinte, discute-se a importância do Ministério da Saúde na regulamentação específica do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados brasileiros. Enfatizam-se, ainda, alguns fatores estruturais e conjunturais que condicionam a política de saúde desde o início dos anos 90. À luz desses fatores, na parte final é feito um breve balanço dos avanços e das dificuldades enfrentadas em diferentes âmbitos estratégicos para a implementação do SUS, destacando-se desafios existentes.

Princípios e diretrizes do SUS

Desde a derrocada do regime militar, o Brasil vive uma extraordinária experiência de reformas e redefinição do seu sistema público de saúde. O marco desse novo tempo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em torno dos temas da saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um intenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988. De certa forma, os temas e diretivas centrais dessa conferência persistirão, por um bom tempo, na agenda dos desafios a serem enfrentados na política de saúde brasileira.

Para um aprofundamento da discussão sobre a participação social na política de saúde, leia o capítulo 28.

Durante o processo constituinte, a grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda logrou uma coalizão parlamentar suficientemente forte para introduzir no "Título VIII – Da Ordem Social" um capítulo (II) específico sobre a seguridade social (Brasil, 1988). O conteúdo ideológico deste capítulo demonstra a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, concretizados com o exercício dos direitos sociais.

Para compreender os modelos de proteção social em saúde, leia o capítulo 1. Para conhecer a história da Reforma Sanitária brasileira, leia o capítulo 11.

Seguridade social

Modalidade de intervenção específica do Estado na área social adotada em vários países desenvolvidos, principalmente no pós-guerra, caracterizada pela distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, abrangendo previdência, saúde, assistência social, educação e outros direitos sociais.

No Brasil, a seguridade social foi instituída no artigo 194 da Constituição de 1988. Ela "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Compete ao poder público organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios.

Fonte: Viana & Levcovitz, 2005.

Nesse contexto de articulação e integração das políticas sociais, foram estabelecidos os fundamentos que, pela primeira vez em nossa história, orientaram a inscrição da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. Cabe destacar a concepção ampla da saúde adotada na Constituição de 1988, garantida mediante "políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988).

Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na lei n. 8.080, de 1990, como: "o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". Estão incluídos nesta definição:

1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;

2) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja

pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;

4) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;

5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Explicita-se que, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada região, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados deve ser realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.

O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos tributários destinados à saúde. O financiamento, oriundo de diversas receitas arrecadadas pela União, estados e municípios, permite que o acesso a ações e serviços do SUS não esteja condicionado à capacidade de pagamento prévio das pessoas.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS. Entre eles, destacam-se:

1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência

O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social – inicialmente compostos por determinadas categorias profissionais e, posteriormente, pelos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho – aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços: as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade.

2) Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie

Este princípio reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas.

3) Integralidade da assistência

A integralidade é entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Por isso, os profissionais de saúde e os gestores do SUS devem empenhar-se em organizar as práticas dos serviços, de modo a permitir que essa integração ocorra. No âmbito mais geral da política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população.

Gestores do SUS

Os gestores do SUS são os representantes do poder executivo no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Cada uma das estruturas que compõem a direção do SUS nas diferentes esferas de governo possui uma organização própria. Independentemente da existência de uma autoridade sanitária (ministro ou secretários de Saúde), essas estruturas têm órgãos gestores, com diferentes cargos de direção e chefia, que participam da gestão do SUS e são corresponsáveis por ela, em coerência com as funções que lhes são atribuídas em regulamentação específica.

4) Participação da comunidade

A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população.

Você pode saber mais sobre a participação social no sistema de saúde no capítulo 28.

5) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A descentralização, associada ao comando único em cada esfera de governo, redefine responsabilidades entre os entes, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde. O fortalecimento desses governos se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas.

O **comando único** (ou direção única) em cada esfera de governo é a tentativa de garantir, na gestão da política de saúde, a observância de um princípio comum a todo sistema federativo: a autonomia relativa dos governos na elaboração de suas políticas próprias. Assim, no âmbito nacional, a gestão do sistema deve ser realizada de forma coerente com as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde; no âmbito estadual, com as políticas elaboradas pelas secretarias estaduais; e, no âmbito municipal, pelas secretarias municipais de Saúde.

No entanto, visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custo, faz-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde no SUS. Para isso, é preciso planejar a distribuição das ações e serviços por níveis de atenção (hierarquização), segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização). No nível básico, estariam os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários (ex.: vacinas, consultas em clínica médica e pediatria, parto normal). Em um nível mais especializado, estariam situados os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia e os hospitais, capazes de realizar aqueles procedimentos necessários menos frequentemente, para os quais não é aceitável ociosidade dadas as implicações sobre a qualidade e os custos crescentes do sistema (ex.: cirurgia cardíaca, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea).

Rede de atenção à saúde

Entende-se por rede de atenção à saúde o conjunto de estabelecimentos, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender as necessidades de saúde de uma população. Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção onde o cuidado à saúde é oferecido. Diferentes redes de atenção à saúde podem ser encontradas em decorrência das ações desenvolvidas, dos tipos de casos atendidos e das formas como estão articulados e são prestados os atendimentos.

Nesse sentido, enquanto os serviços de atenção básica deveriam se distribuir o mais amplamente possível no território nacional, os especializados obedeceriam a uma lógica de distribuição geográfica mais concentrada. Ressalta-se que, em geral, as regiões geográficas na saúde, objeto do processo de regionalização, possuem uma dada densidade tecnológica e autossuficiência de ações e serviços capazes de responder às necessidades de uma população referida a um território.

Você pode saber mais sobre os significados e implicações da regionalização na saúde no capítulo 27.

A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e que possam retornar à sua unidade básica de origem para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais. Essa questão voltará a ser abordada adiante.

Para refletir

Quais os desafios associados à regionalização e hierarquização do SUS considerando-se as desigualdades na distribuição territorial dos serviços de saúde no Brasil? Quais as implicações das diferenças observadas na oferta de serviços para a concretização dos princípios do SUS?

A título de exercício, acesse o *site* do Datasus do Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br) e tente organizar algumas informações sobre o número de leitos de UTI cadastrados ao SUS conforme a região e o estado. Reflita sobre as implicações da desigualdade na distribuição desses serviços para a garantia do direito universal e para a equidade e a integralidade da assistência à saúde no Brasil.

Dada a abrangência das ações e dos serviços previstos no SUS, as determinações legais relativas ao âmbito de atuação do Estado na saúde são também bastante amplas. Além da organização da rede de assistência à saúde, compete ao poder público: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente.

As atribuições do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária são discutidas no capítulo 23. Conheça em detalhes as ações de vigilância epidemiológica no capítulo 22.

Várias responsabilidades do Estado na área da saúde implicam parceria com outros setores de governo, como o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos, a provisão e regulação de insumos para a saúde, a política industrial, de urbanização, saneamento e educação, por exemplo.

Os dispositivos mencionados têm as seguintes implicações para a inserção do SUS como uma política de Estado:

1) a responsabilidade pela situação de saúde não é apenas setorial;
2) as políticas econômicas e sociais devem estar orientadas para a eliminação ou redução de riscos para a saúde;
3) a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas é fundamental para o desenvolvimento de ações mais efetivas;
4) a atuação coordenada das três esferas de governo é necessária para a organização político-territorial do SUS.

O Quadro 1 resume os princípios e diretrizes do SUS como expressão dos direitos dos cidadãos brasileiros e deveres do Estado.

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	• Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde.	• Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros.
Integralidade na assistência	• Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde.	• Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. • Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade	• Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nas diferentes esferas de governo.	• Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. • Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS (cont.)

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde	• Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. • Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	• Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. • Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos.

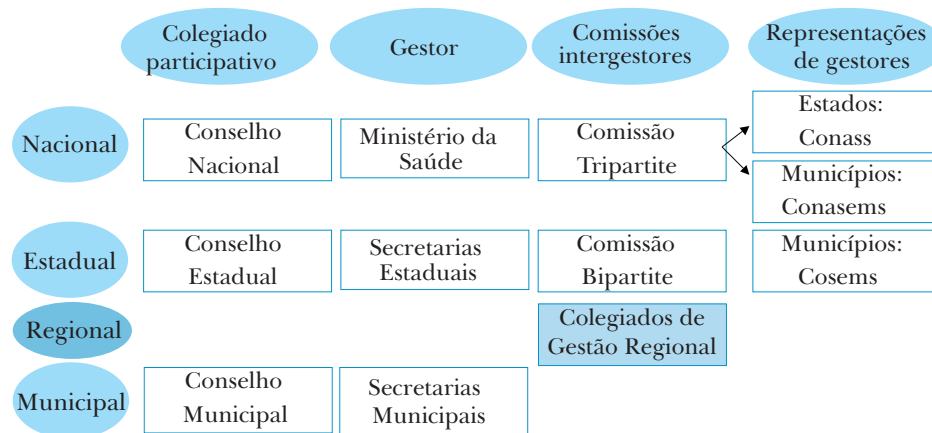
Configuração institucional do SUS: instâncias decisórias e estrutura de gestão

O modelo institucional proposto para o SUS tem como propósitos viabilizar a negociação e o acordo federativo e fortalecer a participação social nas políticas de saúde. Tal arranjo permite que vários atores sociais, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas e serviços, participem do processo decisório sobre a política de saúde.

Para saber mais sobre a participação dos atores no processo de formulação de políticas, consulte o capítulo 2, sobre análise de políticas de saúde.

No Diagrama 1, encontra-se sistematizado o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

Diagrama 1 – Arcabouço institucional e decisório do SUS

	Colegiado participativo	Gestor	Comissões intergestores	Representações de gestores
Nacional	Conselho Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Estados: Conass Municípios: Conasems
Estadual	Conselho Estadual	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite	Municípios: Cosems
Regional			Colegiados de Gestão Regional	
Municipal	Conselho Municipal	Secretarias Municipais		

Fonte: Adaptado de SAS/MS, 2002.

O modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: 1) gestores do sistema em cada esfera de governo; 2) instâncias de negociação e pactuação federativa envolvendo a participação das diferentes esferas de governo, tais como a Comissão Intergestores Tripartite, as Comissões Intergestores Bipartites e os Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais); 3) conselhos de representação de secretários de Saúde; 4) conselhos de Saúde, além da realização periódica de conferências de Saúde.

No presente capítulo, são abordados alguns aspectos referentes ao papel dos gestores e ao funcionamento das entidades representativas e instâncias colegiadas do SUS.

O papel das três esferas de governo na gestão do SUS

A lei n. 8.080, de 1990, define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do poder executivo na saúde. A direção do SUS é única nos âmbitos nacional, estadual e municipal, sendo exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes.

De forma geral, pode-se dizer que os gestores no SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico. O âmbito político se expressa no relacionamento constante dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. O próprio desempenho de suas funções de poder executivo, em um sistema político republicano e democrático como o Brasil, e os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com outros poderes (legislativo e judiciário), com os demais órgãos de representação e atuação do executivo e da sociedade civil organizada.

No SUS, as instâncias de negociação e decisão envolvem a participação das diferentes esferas de governo e de grupos representativos dos interesses da sociedade. Destaca-se a participação dos gestores nos conselhos de Saúde, nos conselhos de representação dos secretários de Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos estados – Cosems), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e nos Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais).

Dessa forma, seja pelo processo político que permeia as decisões em um ambiente democrático, seja pelo arcabouço institucional do SUS ou ainda pelas atribuições associadas à intervenção do Estado na saúde, os gestores do SUS não exercem suas funções de forma isolada. Isso implica que seus objetivos e planos de ação sejam negociados com diferentes atores governamentais e não governamentais e que os processos de formulação e implementação das políticas de saúde assumam cada vez mais uma feição compartilhada. Cabe aos gestores assumirem a liderança da negociação política em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

No âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Simplificadamente, podem-se identificar quatro grandes grupos de funções ou macrofunções gestoras nos diferentes campos da atenção à saúde, que englobam: 1) formulação de políticas e planejamento; 2) financiamento; 3) regulação; 4) prestação direta de ações e serviços de saúde.

As **macrofunções gestoras** estão relacionadas aos componentes e dinâmica dos sistemas de saúde descritos no capítulo 3.

Regulação

O termo regulação é bastante genérico, existindo diferentes concepções a seu respeito, assim como sobre a regulação do Estado na área da saúde. A regulação no SUS envolve quatro âmbitos principais: 1) a regulação sobre prestadores de serviços; 2) a regulação de sistemas de saúde; 3) a regulação sanitária; 4) a regulação de mercados em saúde. Nessas esferas, inclui a adoção de um conjunto de estratégias voltadas para a regulamentação, a coordenação e a avaliação de ações, bens e serviços de saúde, visando a controlar procedimentos e processos, induzir e assegurar determinadas características comuns e resultados mais uniformes.

Fonte: Machado, 2002.

Cada uma dessas funções compreende uma série de atividades específicas, sendo exercidas de forma diferenciada pelos três entes gestores, conforme a definição da regulamentação específica. Dentro da macrofunção de formulação de políticas/planejamento, estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e diretrizes de ação, elaboração de estratégias e planos de intervenção, articulação com outros atores e mobilização de recursos necessários para a operacionalização das políticas. O financiamento envolve a alocação de tributos, a elaboração e a execução de orçamentos públicos voltados para a saúde, a constituição de fundos específicos para transferências, recebimento e utilização das receitas destinadas à saúde, a prestação de contas quanto ao montante empenhado em saúde e o destino dos recursos. A regulação inclui a proposição de normas técnicas e padrões, a coordenação, controle e avaliação de serviços e sistemas de saúde, a gestão de informações em saúde, o estabelecimento de contratos e convênios com prestadores privados, a fiscalização de serviços e de produtos com implicações para a área da saúde. Por fim, a prestação direta de ações e serviços de saúde abrange todos os procedimentos técnicos e administrativos vinculados à execução de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por serviços públicos da respectiva esfera de governo. Ela requer a existência de quadros próprios de funcionários e uma série de funções administrativas, relativas à gestão de pessoal, de compras, armazenamento e distribuição de insumos, organização e operação dos serviços próprios de saúde.

A análise das funções delineadas para a União, estados e municípios nas políticas de saúde evidencia a ausência de padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados. Observa-se uma mistura entre competências comuns e concorrentes, e competências específicas de cada esfera de governo nos diversos campos de atuação do Estado na saúde (Machado, 2007). Os processos de descentralização e regionalização do SUS também induziram à reconfiguração de funções entre os gestores que se expressam de forma diversificada nos estados, de acordo com a área envolvida, as distintas realidades locorregionais e as negociações intergovernamentais subjacentes a estes processos. Por exemplo, nas vigilâncias epidemiológica e sanitária, cujos processos de descentralização são mais recentes, observam-se esforços de divisão de atribuições entre estados e municípios baseados em uma lógica de repartição por complexidade. Na assistência à saúde, por sua vez, a divisão de responsabilidades sofreu a influência de outras variáveis, tais como os tipos de serviços oferecidos e sua abrangência territorial.

O detalhamento de competências específicas dos gestores do SUS é feito pela Lei Orgânica da Saúde, mas outros instrumentos de regulamentação federal e estadual – principalmente portarias, decretos e resoluções (ver A base de regulamentação do SUS) – contribuem para a repartição de responsabilidades entre os gestores do SUS. De forma geral, podemos dizer que:

- Os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação das políticas de saúde; da mesma forma, os três gestores são responsáveis pelo financiamento e pela realização de investimentos voltados para a redução das desigualdades, cada um em sua esfera de atuação (sendo estratégica a ação dos governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais); e ainda pelo controle e avaliação do conjunto do sistema, incluindo a avaliação de resultados, nas suas respectivas esferas.
- As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normalização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira.
- As principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios.
- O papel principal do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas.

A base de regulamentação do SUS

A regulamentação do SUS constitui-se numa responsabilidade do poder legislativo e do executivo em âmbitos nacional, estadual e municipal, sendo realizada por meio de instrumentos legais e executivos (leis, decretos, resoluções, medidas provisórias, portarias, documentos oficiais). Em âmbito nacional, destaca-se a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990), além de uma série de portarias ministeriais publicadas pelo Ministério da Saúde ao longo das décadas de 1990 e 2000. Entre outros *sites* na Internet, a localização da legislação do SUS pode ser realizada acessando o portal do Ministério da Saúde, suas secretarias e instituições vinculadas (ver endereços eletrônicos citados ao final do capítulo). A seguir estão listadas as principais fontes legais e documentais consultadas para a confecção deste capítulo:

- Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988
- Emenda constitucional n. 29, de 13 de setembro 2000
- Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n. 1/1993
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n. 1/1996
- Norma Operacional da Assistência à Saúde n. 1/2002
- Pactos pela Saúde de 2006
- Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (regulamenta a lei n. 8.080)

O Quadro 2 sistematiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo, organizadas pelas macrofunções.

Quadro 2 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Gestor	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Execução direta de serviços
Federal	• identificação de problemas e definição de prioridades no papel estratégico e normativo • manutenção da unicidade, respeitando a diversidade • busca da equidade • apoio e incentivo ao fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal • planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos	• garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde • peso importante dos recursos federais • papel redistributivo • definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados • realização de investimentos para redução de desigualdades • busca da equidade na alocação de recursos	• regulação de sistemas estaduais • coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • apoio à articulação interestadual • regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde • normas de regulação sanitária no plano nacional • regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos) • regulação das políticas de recursos humanos em saúde • coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde • avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais	• em caráter de exceção • em áreas/ações estratégicas
Estadual	• identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual • promoção da regionalização • estímulo à programação integrada • apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de Saúde (SMS)	• definição de prioridades estaduais • garantia de alocação de recursos próprios • definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios • realização de investimentos para redução de desigualdades • busca da equidade na alocação de recursos	• regulação de sistemas municipais • coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal • apoio à articulação intermunicipal • coordenação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) no estado • implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos) • regulação sanitária (nos casos pertinentes) • avaliação dos resultados das políticas estaduais • avaliação do desempenho dos sistemas municipais	• em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária • em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal
Municipal	• identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal • planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos • organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário)	• garantia de aplicação de recursos próprios • critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais • realização de investimentos no âmbito municipal	• organização das portas de entrada do sistema • estabelecimento de fluxos de referência • integração da rede de serviços • articulação com outros municípios para referências • regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados • regulação sanitária (nos casos pertinentes) • avaliação dos resultados das políticas municipais	• execução de ações e prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária • gerência de unidades de saúde • contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde

Para refletir

Você já ouviu falar (no seu local de trabalho, na mídia) sobre conflitos entre os gestores do SUS (nos âmbitos federal, estadual ou municipal) relacionados à definição de responsabilidades sobre fatos ocorridos na saúde, ou chegou mesmo a presenciar algum conflito assim? Com base na leitura do texto e em sua experiência pessoal, você consegue identificar os possíveis motivos para a existência desse tipo de conflito?

Os conselhos de representação dos secretários de Saúde

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), conselho de representação nacional dos secretários estaduais de Saúde, foi fundado em fevereiro de 1982. O objetivo era tornar o conjunto das secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal mais atuantes no processo de reforma da saúde em uma conjuntura de abertura política e de redemocratização do país. Mas foi, ao longo da década de 1990, na luta por recursos estáveis para o sistema de saúde brasileiro e para ampliação do processo de descentralização da gestão do SUS, que o Conass progressivamente firmou-se como entidade representativa de gestores.

Entre os órgãos diretivos do Conass, destacam-se sua diretoria, formada por um presidente e cinco vice-presidentes regionais, e a assembleia geral. A assembleia geral é o órgão máximo da entidade, com poderes deliberativos e normativos, da qual fazem parte todos os seus membros efetivos.

A diretoria do Conass é assessorada tecnicamente por uma secretaria executiva, formada por técnicos, geralmente egressos das secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal. Subordinadas à secretaria executiva existem as câmaras técnicas, como as de Gestão e Financiamento do SUS, de Atenção à Saúde, de Assistência Farmacêutica, de Vigilância Sanitária, de Epidemiologia, de Recursos Humanos, de Informação e Informática. A secretaria executiva possui diversas outras responsabilidades, tais como: representação e participação ativa nas negociações técnicas com os municípios e o Ministério da Saúde e outras instâncias decisórias do SUS; criação de instrumentos de difusão de informação entre as equipes das secretarias estaduais de Saúde; desenvolvimento de pesquisas e estudos de interesse comum dos gestores; apoio e assessoria direta a secretarias estaduais de Saúde, em temas específicos.

A formação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é também anterior à legislação do SUS. Suas origens remontam a uma série de encontros entre secretários de Saúde realizados desde o início da década de 1980, e se confundem com o movimento municipalista que se fortaleceu no contexto de democratização e desempenhou um papel importante na Reforma Sanitária brasileira, como apresentado no capítulo 11. A primeira diretoria do Conasems foi empossada em 1988.

Entre os órgãos de direção do Conasems, destacam-se sua diretoria, composta por presidente, vice-presidente e cinco vice-presidências regionais, além de secretarias extraordinárias formadas sobre temas específicos. Para melhorar a articulação entre os milhares de gestores municipais no país, o Conasems realiza encontros nacionais periódicos e conta com um Conselho Nacional de Representantes Estaduais (Conares), que reúne periodicamente os presidentes de todos os Cosems estaduais.

Em cada estado existem representações estaduais dos secretários municipais de Saúde, usualmente denominados Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

A regulamentação do SUS estabelece o Conass e o Conasems como representantes dos estados e municípios no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e do Cosems na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada estado. Tais instâncias, portanto, representam o canal legítimo e formal de participação dos secretários estaduais e municipais na formulação e implementação da política de saúde em âmbito nacional e estadual.

O Conass, Conasems e os Cosems estaduais são espaços importantes para a articulação política entre os gestores e formação de acordos federativos. São também instâncias de apoio técnico às secretarias de Saúde, especialmente aquelas com piores condições administrativas e as situadas em municípios de menor porte.

As instâncias de negociação e pactuação federativa na saúde

Em face da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e os princípios e diretrizes do SUS, foram criadas na área da saúde instâncias de negociação e articulação intergovernamental que atuam em diversas escalas territoriais (nacional, estadual e regional): as Comissões Intergestores e os Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais). A estratégia associada à criação dessas instâncias é a de propiciar o debate e a negociação que resultem em acordos e parcerias entre as três esferas de governo, no processo de formulação e implementação da política de saúde. Estas devem ser submetidas ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de Saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional, tem 18 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de Saúde indicados pelo Conass e representantes dos secretários municipais de Saúde indicados pelo Conasems, segundo representação regional.

Ao longo da década de 1990, a CIT se consolidou como canal importante de debate sobre temas relevantes, promovendo a participação de estados e municípios na formulação da política nacional de saúde e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação.

A CIT foi de fundamental importância na regulamentação do processo de descentralização e na discussão sobre os diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS. Vale também assinalar que é comum a formação de grupos técnicos compostos por representantes das três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e processamento de questões para discussão na CIT. Sua dinâmica tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns aos três entes na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de acordos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde. No entanto, algumas pesquisas sugerem que diversas questões e decisões estratégicas para a política de saúde não passam pela CIT ou são ali abordadas de forma periférica. Além disso, as relações entre gestores nessa instância têm caráter assimétrico no que tange ao poder de direcionamento da política (Miranda, 2003; Machado, 2007).

> Instituída por meio da portaria ministerial n. 1.180, de 22 de julho de 1991, em conformidade com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde, a **CIT** teve funcionamento assistemático nos anos de 1991/1992 e vem se reunindo rotineiramente, pelo menos uma vez ao mês, desde 1993.
>
> Para saber mais sobre as pautas das reuniões e os principais temas tratados nessa instância, consulte o *site* <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/>.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram criadas formalmente pela Norma Operacional Básica de 1993. Esta norma estabelece a CIB como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”, ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual (Brasil, 1993). Implantadas a partir de 1993, há uma CIB em cada estado, formada paritariamente por representantes

do governo estadual indicados pelo secretário estadual de Saúde e representantes dos secretários municipais de Saúde indicados pelo Cosems de cada estado. Destaca-se, ainda, a constituição de CIB regionais em alguns estados, que funcionam de modo diverso e cujas propostas ou decisões relevantes são referendadas pela CIB estadual.

Os critérios para definição dos representantes dos municípios e do estado na CIB podem diferir bastante. Na maior parte das vezes, os representantes municipais são escolhidos em processos amplos de debate promovidos pelo Cosems, considerando critérios diversos, entre eles a distribuição regional dos municípios, o porte populacional e a liderança política dos gestores municipais. Ressalta-se que a adoção do critério regional para a definição dos representantes é frequente e tem se mostrado importante para a consideração da diversidade regional do sistema estadual de saúde. Além disso, em vários estados procura-se promover uma alternância dos representantes municipais, mas, em geral, o secretário de Saúde da capital tem assento na CIB. Os representantes da secretaria estadual de Saúde, na sua maioria, possuem perfil técnico-político e respondem por áreas estratégicas para a definição e organização do sistema de saúde.

Essas instâncias, cujas reuniões apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema frequente), quanto aquelas referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado. Atualmente, percebe-se uma ampliação gradativa da abrangência da pauta dessas reuniões, envolvendo temas relacionados à regionalização e à hierarquização da assistência, assim como à organização de políticas de promoção e prevenção – plano de combate à dengue, vigilância sanitária, por exemplo. As discussões cada vez mais frequentes sobre os elementos próprios, constitutivos dos sistemas estaduais e locais de saúde, fazem com que as CIB se estabeleçam também como espaços de formulação da política estadual e do planejamento de ações.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIB se dá por consenso, visto que é vetada a utilização do mecanismo do voto, visando a estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões geralmente é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão. Dessa forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. As CIB se tornaram para os municípios a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

Na maioria dos estados, há câmaras técnicas bipartites que têm como objetivo debater e processar questões para facilitar a decisão dos representantes na CIB. Em outros estados, essas câmaras não existem de forma permanente, mas é comum a formação de grupos técnicos (ou grupos de trabalho) para a discussão de temas específicos. A existência de estruturas para processamento técnico-político facilita a obtenção de consensos e a amenização de conflitos intergovernamentais.

As CIB também permitem a adaptação estadual das diretrizes nacionais do processo de descentralização, propiciando a formação de acordos sobre a partilha da gestão dos sistemas e serviços de saúde entre os diferentes entes. Esses arranjos – relativamente descen-

tralizadores, mais ou menos organizativos para os sistemas – refletem não só a capacidade gestora, a qualificação gerencial das secretarias estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de Saúde (SMS), como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo (ver Avaliação Nacional das CIB).

Alguns autores discutem em que medida as decisões da CIT e das CIB tendem a colidir com as decisões dos conselhos de Saúde ou ultrapassá-las, pois se percebe que, gradativamente, devido ao seu caráter mais especializado e restrito, as comissões intergestores passam a influenciar a agenda de discussão no âmbito dos conselhos e a tomada de decisão nessas instâncias (Silva & Labra, 2001).

Mais recentemente, foram instituídas instâncias colegiadas de gestão no âmbito regional – os Colegiados de Gestão Regional (CGR) –, também denominados Comissões Intergestores Regionais (Brasil, 2011). Diferentemente das CIB, os CGR são compostos por representação do estado (do nível central ou das estruturas de representação regional das secretarias estaduais de Saúde) e do conjunto de municípios de cada região (Brasil, 2009), com média de doze municípios por CGR. A implantação dos CGR começou em 2006 e tem obedecido a um ritmo próprio em cada estado. Também são variadas as formas de organização e funcionamento dessas instâncias, e os modelos adotados para lidar com os contextos e lugares existentes. Entre 2006 e setembro de 2010, foram implantados 417 CGR no país, que abrangem 5.332 municípios em 24 estados.

Avaliação Nacional das CIB

Em recente pesquisa realizada sobre a regionalização do sistema de saúde nos estados brasileiros (Viana & Lima, 2011), foi possível identificar o importante papel das CIB nesse processo. As CIB têm atuado na definição e pactuação de estratégias e instrumentos de regionalização (revisão dos planos regionais de saúde, definição de recortes regionais para organização dos serviços, programação em saúde, contratualização de prestadores e entre gestores, conformação de consórcios) e na implantação das instâncias de pactuação federativa propostas para o âmbito regional (os Colegiados de Gestão Regional ou Comissões Intergestores Regionais).

Em contrapartida, a regionalização tem propiciado mudanças nas CIB, principalmente, nas suas formas de organização (alterações de regimentos e de suas estruturas regionais), representatividade (inclusão de critérios regionais de representação, transformação de algumas CIB regionais em CGR) e operação (definição de fluxos de relacionamento com as estruturas regionais do estado e Cosems, com as CIB regionais e os CGR), nas relações intergovernamentais e nos conteúdos das negociações com ampliação de pautas regionais, sendo o processo de regionalização frequentemente debatido nas reuniões.

Entretanto, a dinâmica das CIB e sua importância na regionalização variam entre os estados, a depender de sua institucionalidade, bem como dos padrões de relacionamento e processos políticos estabelecidos para seu funcionamento como instância de negociação e pactuação do SUS. É possível afirmar que a ausência de canais permanentes de negociação entre estados e municípios (câmaras técnicas ou grupos de trabalho) desfavorece o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas, comprometendo a capacidade de atuação da CIB. Por outro lado, o reconhecimento da relevância e legitimidade dessa comissão pelos altos dirigentes da Secretaria de Estado de Saúde e a existência de um Cosems forte e atuante favorecem a coordenação intergovernamental da política de saúde.

Fonte: Viana & Lima, 2011.

Conferências de Saúde e conselhos de Saúde

Com o intuito de concretizar a diretriz do SUS de participação da comunidade, a lei n. 8.142, de 1990, preconiza duas importantes instâncias colegiadas: as conferências de Saúde e os conselhos de Saúde. A existência dessas instâncias é coerente com pelo menos três ideias principais: 1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o poder público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo).

As conferências de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos (representantes do poder público, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviços). A 9ª Conferência Nacional de Saúde recomendou que a periodicidade das conferências municipais fosse bianual e que as estaduais, à semelhança das nacionais, fossem realizadas a cada quatro anos, mediante convocação do poder executivo correspondente.

Nos municípios maiores, muitas vezes é necessária a realização de conferências locais/distritais antes da conferência municipal. Em estados com grande número de municípios, podem ser realizadas conferências regionais antes da estadual, e a representatividade das diversas regiões deve ser assegurada na conferência estadual.

Os conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo metade dos conselheiros. Suas atribuições são atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Na formulação de políticas, a atuação dos conselhos deve ser propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquela esfera (que tem assento no Conselho de Saúde) e com o poder legislativo. Já em relação ao controle da execução das políticas, este deve ser exercido por meio do acompanhamento permanente das ações implementadas e sua coerência com os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população.

Quanto à composição e formação dos conselhos municipais e estaduais, a lei ou o decreto de sua criação deve respeitar a proporcionalidade de cada segmento, definindo a duração dos mandatos e as estratégias do processo de representação. Ainda que a composição dos conselhos deva ser o mais plural possível, é importante que os conselheiros trabalhem para construir consensos efetivamente voltados para a consolidação dos princípios do SUS, evitando que prevaleçam interesses de segmentos específicos, ou que ocorram polarizações e confrontos político-partidários, corporativos e particulares.

No que diz respeito aos temas e à forma de deliberação utilizados, é importante que os conselhos construam e sigam uma agenda de temas prioritários para a implementação do SUS, de forma a acompanhar ou até antecipar a agenda do gestor correspondente. As deliberações devem ser homologadas, ou seja, transformadas em ato oficial do gestor do SUS.

É da responsabilidade dos gestores da saúde mobilizar esforços na organização das conferências de Saúde e valorizar e respeitar o papel dos conselhos de Saúde. Para isso, é fundamental investir na divulgação das conferências desde o início de sua preparação, mobilizar diversos setores da sociedade, organizar o processo de seleção de delegados e de definição dos temas e, posteriormente, assegurar a divulgação das deliberações por intermédio de um relatório final. Também faz-se necessário que os conselheiros recebam todas as informações, subsídios e apoio necessários ao cumprimento de suas atribuições e disponham de alguma estrutura física, financeira e de pessoal para a sua ação.

Atualmente existem conselhos de Saúde constituídos e atuantes, que se reúnem mensalmente, nos âmbitos nacional, estadual e em milhares de municípios brasileiros. Entretanto, a atuação desses conselhos é bastante diferenciada, o que indica imensos desafios a serem enfrentados na consolidação desses espaços como instrumentos efetivos de controle social e de gestão participativa.

Os limites e desafios da participação social e um panorama sobre os conselhos são apresentados no capítulo 28.

Transferência de responsabilidades e construção de capacidades gestoras no SUS

Ao mesmo tempo que aspira a ser nacional na garantia do direito à saúde, o SUS deve ser descentralizado na responsabilidade da prestação da atenção à saúde.

O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo. Ele envolve não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros – antes concentrados no nível federal – para estados e, principalmente, para os municípios. A década de 1990 testemunha a passagem de um sistema centralizado para um cenário em que milhares de governos municipais começam a ter uma atuação extremamente importante no campo da saúde.

Descentralização

Na literatura própria da ciência política, o conceito de descentralização é ambíguo e vem sendo usado para descrever processos de mudança no papel do governo nacional por meio de: 1) transferência de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais de governo (movimentos de realocação); 2) transferência para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação de políticas definidas no nível federal (movimentos de consolidação); 3) transferência de responsabilidades e poderes públicos para (novas) instâncias administrativas próprias do governo central (desconcentração); 4) deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privados e não governamentais (movimentos de devolução ou privatização) (Fiori, 1995; Almeida, 2005). Enquanto nos três primeiros processos há redefinição das ações governamentais, no quarto há redução das atividades do Estado. Para diferenciá-lo de outros processos que envolvem transferência de poder, Abrucio (2006) conceitua descentralização como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo.

Vale ressaltar que, na agenda da Reforma Sanitária brasileira, a diretriz de descentralização esteve sempre atrelada a valores mais abrangentes, sendo concebida como uma estratégia para a democratização e incorporação de novos atores sociais (Teixeira, 1990), e também como elemento fundamental para a universalização, a integralidade e a construção

do próprio sistema de saúde, implicando o estabelecimento de novas relações entre esferas de governo, entre instituições e entre serviços (Viana, 1995). Por sua vez, a descentralização como um meio para atingir determinados objetivos é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com algumas ideias fortalecidas nos anos 90 contrárias à ampliação do papel do Estado e dos direitos na área da saúde. É por isso que alguns autores afirmam que os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, ainda que fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram certo consenso acerca da descentralização e favoreceram o avanço desse processo no âmbito do SUS com contornos diferentes do projeto original da Reforma Sanitária (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Para refletir

Tendo em vista os princípios e diretrizes do SUS, que implicações a descentralização com ênfase para os municípios tem para a implantação da política de saúde em todo o território nacional? Quais os desafios associados à descentralização da saúde considerando-se as características da federação brasileira?

A experiência brasileira de descentralização do SUS revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma federação que se distingue, entre outros, por: 1) longos períodos de autoritarismo centralizador que comprometeram o funcionamento das instituições federativas; 2) importância e assimetria de poder dos governadores no sistema político e nas políticas públicas; 3) reconhecimento dos governos locais (os municípios) como entes federativos a partir da Constituição de 1988, acompanhado de processo de descentralização de encargos sociais, poderes políticos, legislativos e tributários; 4) existência de mais de cinco mil municípios, na sua maioria (mais de 90%) de pequeno ou médio porte, e com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas; 5) existência de uma série de encargos sociais compartilhados (comuns e concorrentes) entre os governos; 6) diversidade territorial e marcantes desigualdades socioeconômicas entre regiões, estados e principalmente entre municípios (ver A especificidade da federação brasileira).

A especificidade da federação brasileira

Federação é sinônimo de Estado federal, isto é, o Estado em que coexistem entes federados que gozam de autonomia constitucionalmente definida. Em um sistema federativo, o poder político e a autoridade administrativa são distribuídos territorialmente entre instâncias de governo, de tal forma que o governo nacional e os subnacionais guardem certa independência em sua esfera própria de atuação. Diferentemente de muitas federações, a brasileira é um sistema com três entes (triplo federalismo) porque incorporou, em 1988, os municípios, junto com os estados e o Distrito Federal, como partes integrantes da federação. Existiam no país, em 2010, 5.565 municípios. Estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que cerca de 45% dos municípios possuíam até dez mil habitantes (Tabela 1). Entretanto, 55% da população brasileira residia em apenas 283 municípios que possuíam mais de cem mil habitantes.

Tabela 1 – Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios. Brasil – 2010

Classes de tamanho dos municípios	Municípios		População 2010	
	n	%	n	%
Até 2.000	118	2,1	197.429	0,1
De 2.001 a 5.000	1.183	21,3	4.176.916	2,2
De 5.001 a 10.000	1.212	21,8	8.541.935	4,5
De 10.001 a 20.000	1.401	25,2	19.743.967	10,4
De 20.001 a 50.000	1.043	18,7	31.344.671	16,4
De 50.001 a 100.000	325	5,8	22.314.204	11,7
De 100.001 a 500.000	245	4,4	48.565.171	25,5
Mais de 500.000 hab.	38	0,7	55.871.506	29,3
Total	5.565	100,0	190.755.799	100,0

Fonte: IBGE, estimativa populacional, 2010.

A descentralização do SUS esbarra em dificuldades institucionais de financiamento, e o próprio avanço do processo evidencia problemas estruturais do sistema de saúde. As características do sistema descentralizado são heterogêneas no território nacional, ante as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos, o que torna relevante compreender e gerar as condições adequadas para que o processo de descentralização ocorra com sucesso (Souza, 2002).

Arretche (2000) assinala que, em países heterogêneos como o Brasil, estratégias de indução de políticas eficientemente desenhadas e implementadas e que obtenham a adesão das demais esferas podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios e melhorar a qualidade da ação desses governos, na medida em que tendam a minimizar custos ou ampliar benefícios relacionados à assunção de novas responsabilidades. Na mesma linha, Abrucio (2006) observa que a garantia da implantação de políticas nacionais requer a adoção de mecanismos de coordenação federativa incluem formas de participação conjunta e parcerias aprovadas pelos entes federativos. Para esse autor, a descentralização é bem complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos com interesses e projetos que, frequentemente, se antagonizam na disputa política.

Depreende-se que a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil, suscita desafios importantes em termos de coordenação federativa. A política de saúde no Brasil contou com o desenvolvimento de instrumentos próprios para acomodação dos distintos interesses e para administração das tensões federativas existentes, tendo em vista o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e dos estados na saúde. A condução e a coordenação estratégica do processo de descentralização foram realizadas pelo Ministério da Saúde.

A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização, consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias pelas diversas áreas do ministério e demais entidades federais, em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. Sobre essa base se associam outras formas de regulação, tais como: apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais, divulgação de propostas e instrumentos técnicos de gestão, capacitação de recursos humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços (Machado, 2002).

Pacto pela Saúde

Contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. De forma geral, o Pacto pela Saúde estabelece que esse acordo seja feito com base na formalização de compromissos que compreendem responsabilidades sanitárias (traduzidas em objetivos de melhoria das condições de saúde) e de gestão, e a pactuação de metas prioritárias relacionadas a indicadores que possam servir para o controle mútuo, o monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos. A base de regulamentação do Pacto pela Saúde pode ser obtida no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br>.

Sem desconsiderar a importância dos vários instrumentos utilizados e seus impactos sobre a gestão descentralizada do sistema de saúde, as normas operacionais e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde ocupam papel de destaque na regulação nacional da descentralização do SUS. De caráter transitório, essas normas foram complementadas e sucessivamente substituídas, sendo marcadas por debate cada vez mais intenso envolvendo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde e pelo acordo estabelecido em um dado momento na formulação da política nacional de saúde no que tange à descentralização (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Nos anos 90, foram publicadas quatro normas operacionais básicas (NOBs): em 1991, 1992 (similar à anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foram publicadas a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) nas versões 2001 e 2002 e, em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde (Quadro 3). Mais recentemente, foi instituído o decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011), que regulamenta a lei n. 8.080 de 1990 e dispõe sobre a organização, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre os entes federativos no SUS.

Entre outras medidas, o **decreto n. 7.508** ressalta a necessidade do fortalecimento do enfoque territorial e da capacidade das três esferas de conduzirem de modo articulado os processos de descentralização e regionalização em seu âmbito de competência. Estabelece, ainda, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde como instrumento de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede de atenção integral à saúde em uma determinada região.

No plano nacional, os contextos históricos e político-institucionais relacionados à formulação e implementação dessas políticas propiciaram a revisão e atualização de procedimentos em vigor, sendo possível a identificação de elementos de continuidade e mudanças no marco regulatório do SUS (Viana, Lima & Oliveira, 2002). Pode-se afirmar que, desde 1993, as portarias que regulamentam o processo de descentralização definem:

1) diferentes atribuições dos governos federal, estadual e municipal sobre o planejamento e programação da atenção à saúde, o financiamento e a regulação de ações e serviços prestados no âmbito do SUS;

2) mecanismos de relacionamento, estratégias e instrumentos de negociação e pactuação federativa no SUS;

3) responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras (modalidades de transferência de recursos federais e de remuneração de serviços) associadas às diferentes condições de gestão para os estados e municípios.

Condições de gestão

Dizem respeito a diferentes capacidades de gestão das secretarias municipais e estaduais de Saúde, envolvendo um dado conjunto de exigências e prerrogativas financeiras para os municípios e estados que se submetem a um processo de habilitação. As diferentes condições de gestão do SUS foram primeiramente estabelecidas pela Norma Operacional Básica de 1993 e vigoraram até a Norma Operacional de Assistência à Saúde. Em última instância, as condições de gestão estão relacionadas às formas de obtenção e autonomia para execução orçamentária dos recursos financeiros federais transferidos para o custeio da assistência. Em maio de 2006 (últimas habilitações realizadas), 682 municípios (12% do total), todos os estados e o Distrito Federal estavam habilitados na condição de gestão mais avançada prevista na regulamentação específica do SUS (plena do sistema municipal ou estadual), mostrando-se aptos a receber mensalmente a totalidade das transferências federais para custeio da assistência (incluindo a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar). Posteriormente, na vigência do Pacto pela Saúde, os processos de habilitação foram abolidos e substituídos pela formalização dos Termos de Compromisso de Gestão a serem assinados pelos gestores.

Fontes: Levcovitz, Lima & Machado, 2001; Noronha, Lima & Machado, 2005.

Os elementos constitutivos da regulação encontram-se sistematizados no Quadro 3, considerando quatro aspectos-chave para os processos de descentralização na saúde: 1) os mecanismos utilizados para a transferência de recursos federais (mecanismos de financiamento federal); 2) as formas de organização e prestação da atenção à saúde (modelos de atenção à saúde); 3) a integração das ações e serviços no território (racionalidade sistêmica); 4) as formas de relacionamento e divisão de funções e responsabilidades entre os governos (relações e acordos federativos). São justamente as contradições existentes na interação desses quatro elementos que conformam, tensionam e desatualizam os procedimentos em vigor e orientam a formulação de novos instrumentos.

Quadro 3 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS. Brasil – 1990-2010

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Mecanismos de financiamento federal	Modelos de atenção	Relações e acordos federativos
1990 a 1992	NOB 91/92	• Ausente	• Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada	•Ausente	• Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
1993 a 1995	NOB 93	• Fraca: iniciativas e negociações municipais isoladas	• Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada	• Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância sanitária e epidemiológica	• Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) • Iniciativas isoladas de consórcios

Quadro 3 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS. Brasil – 1990-2010 (cont.)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Mecanismos de financiamento federal	Modelos de atenção	Relações e acordos federativos
			• Forma residual (a partir de 1994): transferências em bloco (*block grants*) segundo montante definido no teto financeiro		• Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS
1996 a 2000	NOB 96	• Moderada: iniciativas de programação e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada)	• Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante (a partir de 1998): transferências segmentadas em várias parcelas	• Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família (Pacs/PSF) • Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos	• Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e dos instrumentos de programação em saúde
2001 a 2005	Noas 2001/2002	• Forte: definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no planejamento regional e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos)	• Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias Parcelas incluindo a definição de referências intermunicipais	Manutenção dos dispositivos anteriores e: • Definição das responsabilidades mínimas para a atenção básica • Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade • Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade • Criação de protocolos para assistência édica	• Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da programação em saúde e de Contratos entre gestores Isoladas • Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica)
2006 a 2010	Pactos pela Saúde	• Forte: definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores	• Transferências em seis grandes blocos: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência à saúde, gestão do SUS e investimentos.	• Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção	• Negociações em âmbito nacional e estadual • Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde • Formalização dos acordos entre gestores por meio da programação em saúde, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida e de contratos entre gestores em alguns estados • Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados

Fonte: Adaptado de Viana, Lima & Oliveira, 2002.

Avanços, dificuldades e desafios para o SUS

Saiba mais sobre os determinantes das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde no capítulo 6.

Implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. Se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; por outro, nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS seria continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Os obstáculos estruturais estão relacionados, para alguns autores, a dois grupos básicos de problemas que se apresentam para os países latino-americanos. Um primeiro grupo está relacionado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade, fatores que não são plenamente resolvidos por programas sociais, e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes em confronto com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica dessas sociedades. Um segundo grupo é de ordem institucional e organizacional, representado pelas características predominantes dos sistemas de prestação de serviços nesses países – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade (Draibe, 1997).

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído.

Um dos principais desafios para a consolidação do SUS, portanto, é superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local. Isso implica uma mudança substantiva no papel do Estado nas três esferas de governo, o fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, a divisão de competências e a articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais.

No entanto, na área da saúde, é tarefa bastante complexa separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência política de cada esfera de governo. Em primeiro lugar, porque a perspectiva de construção de sistema é uma dimensão importante a ser considerada no próprio processo de descentralização. Dada a distribuição geográfica desigual dos serviços públicos e privados no SUS, a regionalização, a hierarquização e a integralidade demandam a formação e a gestão de redes de atenção à saúde não diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa, tais como as redes interestaduais de ações e serviços de saúde (que envolvem mais de um estado) e as redes intermunicipais (que envolvem mais de um município). Em segundo lugar, porque, na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde e geram demandas para os serviços de saúde não respeitam os limites dos territórios político-administrativos. Além disso, como já enfatizado, a maior parte dos municípios brasileiros e muitos estados, quer seja por questões de escala insuficiente, quer pela diferenciação dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos), não possui condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de

seus munícipes. Essas características indicam a necessidade de se fortalecerem as instâncias de pactuação de interesses e compartilhamento da gestão pública no SUS, em diferentes escalas territoriais e abrangências, que permitam o desenvolvimento de ações coordenadas.

Outro desafio para a superação de obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se dizer que além dos campos típicos da atenção à saúde (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária), que compreendem as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades de saúde, outros campos de atuação do Estado são estratégicos em uma política pública destinada à garantia da saúde como direito social de cidadania. As políticas dirigidas para as áreas de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, produção industrial e provisão de insumos, formação de recursos humanos e regulação dos vários mercados em saúde são exemplos que, em geral, extrapolam o âmbito da autoridade exclusiva da saúde. Particularmente, a atuação do Ministério da Saúde nessas políticas é importante para assegurar o atendimento das necessidades sociais de saúde, configurando, por sua vez, uma concepção ampliada sobre a política de saúde, em sua dimensão social, econômica e de poder.

Em relação aos obstáculos conjunturais, ressalta-se a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas em vários países, no plano político, econômico e social, a partir da década de 1980, com graves consequências e retrocessos históricos no processo de construção da cidadania social. Noronha e Soares (2001) chamam a atenção para o forte conteúdo de caráter político-ideológico e neoliberal das reformas implementadas, conduzidas por políticas de ajustes, que seguiram uma agenda elaborada pelos organismos multilaterais de financiamento.

Essas tendências se expressam no país, desde os anos 90, por meio da adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase nas medidas de: 1) estabilização da moeda; 2) privatização de empresas estatais; 3) adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado; 4) mudanças nas relações de trabalho, com o aumento do segmento informal e do desemprego estrutural e a fragilização do movimento sindical; 5) desregulamentação dos mercados.

Tais mudanças tensionam as políticas sociais universais em países desenvolvidos e, no Brasil, onde o SUS ainda não foi consolidado, tiveram repercussões mais graves. Dessa forma, pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados, e sua implementação tem sofrido a influência de agendas distintas nas duas últimas décadas (Viana & Machado, 2008). Observam- se, no final dos anos 2000, tanto avanços como dificuldades nos diversos eixos estratégicos para a implantação do SUS, sintetizados no Quadro 4.

Quadro 4 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	• Fontes estáveis para o setor oriundas dos três níveis de governo • Condições de financiamento e gasto adequadas para o setor nas três esferas de governo • Suplementação e redistribuição de recursos fiscais para estados e municípios mediante a adoção de mecanismos e critérios equitativos para transferência de recursos federais • Desenvolvimento de política regional de investimentos para o SUS	• Aumento da participação dos municípios e estados no financiamento da saúde • Aumento progressivo das transferências automáticas ('fundo a fundo') de recursos federais para estados e municípios	• Não implantação do Orçamento da Seguridade Social • Instabilidade de fontes durante a maior parte da década de 1990 (EC 29 só foi aprovada em 2000) • Dificuldades na regulamentação e no cumprimento da vinculação constitucional da saúde (EC 29) • Insuficiente volume de recursos para o setor • Baixa participação dos investimentos no gasto público em saúde • Excesso de condicionalidades para aplicação de recursos federais transferidos • Distribuição de recursos federais, que ainda segue muito o padrão da oferta, com limitações na adoção de critérios de promoção da equidade
Relações público-privadas	• Consolidação do sistema público de saúde, único e universal, em uma lógica de seguridade social • Caráter complementar do setor privado no sistema • Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado	• Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal • Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios	• Pouca adoção de mecanismos de transferências interestaduais e intermunicipais de recursos para o SUS • Crescimento do setor privado supletivo subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela • Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo • Multiplicação de novas formas de articulação público-privada na saúde (terceirizações, fundações, cooperativas, organizações sociais etc.)
Descentralização e relações entre gestores	• Definição do papel das três esferas de governo no SUS respeitando-se as especificidades regionais • Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios • Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política	• Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e principalmente municípios • Estabelecimento das comissões intergestores como instâncias efetivas de negociação e decisão	• Revalorização recente, mas ainda indefinições do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema • Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal) • Baixa institucionalidade das instâncias de negociação e pactuação federativa em âmbito regional
Gestão e organização do sistema	• Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema • Expansão e desconcentração da oferta de serviços • Adequação da oferta às necessidades da população • Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada	• Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede de serviços de saúde em diversos estados e municípios • Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas	• Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios • Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços

Quadro 4 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (cont.)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Atenção aos usuários	• Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias • Mudança do modelo de atenção • Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população	• Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS • Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações) • Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (ex.: saúde mental) • Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país • Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país	• Persistência de desigualdades no acesso • Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias) • Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país
Recursos humanos	• Formação e capacitação adequadas de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção • Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios • Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país	• Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades federativas e municípios • Implantação de programas de reorientação da formação profissional em saúde em vários cursos de graduação • Ampliação da oferta de cursos de capacitação e educação permanente no SUS	• Distorções na formação dos profissionais de saúde • Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de Saúde • Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para redução de gastos com pessoal • Distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional • Aumento da precarização das relações de trabalho na saúde
Participação social	• Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde • Implementação nas três esferas de governo de conselhos de Saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50% de usuários • Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS	• Constituição de conselhos de Saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação dos usuários	• Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas UFs e municípios • Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações
Desenvolvimento científico e tecnológico e produção de insumos para a saúde	• Desenvolvimento científico e tecnológico nacional compatível com as necessidades do SUS • Fortalecimento da capacidade de inovação e produção nacional de insumos relevantes para a saúde • Fortalecimento da capacidade de regulação da incorporação tecnológica no SUS mediante a adoção de critérios científicos	• Preservação da capacidade nacional de produção em algumas áreas (medicamentos, vacinas), inclusive no setor público (Fiocruz, Instituto Butantan)	• Defasagem tecnológica em vários segmentos relevantes para a saúde e uso inadequado de tecnologias em outros • Estagnação da indústria nacional nos anos 90, atingindo vários segmentos da saúde • Alta dependência de importações (déficit comercial relativo a insumos da saúde) • Custos elevados de insumos, em razão das características das empresas transnacionais e da aprovação da Lei Brasileira de Propriedade Intelectual (em 1996)

Quadro 4 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (cont.)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Provisão e regulação de insumos para o setor	• Distribuição e provisão adequada de insumos necessários para a saúde em todo o território nacional • Regulação de mercados relativos aos insumos em saúde, de forma coerente com as necessidades de saúde da população e os princípios do SUS	• Aumento da disponibilidade de equipamentos e insumos em áreas do país anteriormente desassistidas • Garantia de medicamentos necessários no âmbito de programas específicos (com destaque para o controle do HIV/Aids) • Política de medicamentos genéricos (a partir de 1998)	• Persistência do quadro de insuficiência e desigualdades na distribuição de insumos no país • Grande peso do setor privado na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico • Dificuldade de acesso a diversos tipos de equipamentos e medicamentos • Limitações da assistência farmacêutica pública • Limitada regulação estatal sobre os mercados de insumos em saúde

Fonte: Adaptado de Levcovitz, Lima & Machado, 2001.

A complexidade desse quadro faz com que sejam possíveis diversos enfoques de análise sobre a política de saúde no Brasil. Assim, a produção de diferentes autores sobre o SUS no período recente é extremamente variada no que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado e aos elementos enfatizados, havendo pouco consenso sobre os desafios ainda existentes.

Para refletir

E você, o que pensa sobre isso? Em sua opinião, quais são os principais desafios para a consolidação do SUS? Quais são as pessoas que apoiam e sustentam o SUS, ou seja, qual é atualmente a base social de apoio à política pública de saúde? E quais são os principais interesses contrários ao fortalecimento do ideal da saúde como direito de cidadania? Quais seriam as estratégias necessárias para superar os desafios que você identifica?

Mesmo em relação à descentralização, as condições, características e formas de condução do processo e também os seus resultados têm sido questionados em vários estudos. O fato é que a descentralização não garante *per se* o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas, nem, necessariamente, possibilita o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central. O fortalecimento institucional das três esferas de governo depende de mudanças mais amplas do Estado, que transcendem o espaço da política setorial, sendo a concretização do SUS influenciada por outros aspectos ainda não equacionados como o adequado aporte de recursos financeiros (incluindo os investimentos), a provisão e a regulação adequada de insumos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a superação dos padrões de iniquidade do sistema e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

A consolidação do SUS, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e um sólido apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil.

Leituras recomendadas

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 331-345, 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, N. T. et *al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NEGRI, B. & VIANA, A. L. d'A. (Orgs.) *O SUS em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

VIANA, A. L. d'A. & LIMA, L. D. (Orgs.) *Regionalização e Federalismo na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. d'A. & MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 18: 645-684, 2008.

Sites de interesse

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): www.bireme.br

Conselho Nacional de Saúde (CNS): www.conselho.saude.gov.br

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): www.conasems.org.br

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass): www.conass.org.br

Departamento de Informática do SUS (Datasus): www.datasus.gov.br

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

O SUS de A a Z: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz

Projeto Descentralização On-Line – Acompanhamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – parceria Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz): www.ensp.fiocruz.br/descentralizar/

Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde: http://200.214.130.38/saudelegis/ LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

Pesquisa Nacional de Avaliação das CIB: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/

Referências

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.) *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, 24: 29-40, 2005.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro, São Paulo: Revan, Fapesp, 2000.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/93. Portaria n. 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série Pactos pela Saúde, v. 10).

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jun. 2011.

DRAIBE, S. M. *Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: saúde e educação fundamental*. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1997.

ESCOREL, S. & BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, N. T. et *al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FIORI, J. L. *O Federalismo frente ao Desafio da Globalização*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 15)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS 2002*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

MACHADO, C. V. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. *Cadernos de Saúde Pública,* 23(9): 2.113-2.126. *In*: NEGRI, B. & VIANA, A. L. d'A. (Orgs.) *O SUS em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9): 2.113-2.126, 2007.

MIRANDA, A. S. *Análise Estratégica dos Arranjos Decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde*, 2003. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.) *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 445-450, 2001.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. *Seminário "Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas"*, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm>. Acesso em: out. 2003.

SILVA, I. F. & LABRA, M.E. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1): 22-41, 2001.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SIH/SUS). Ministério da Saúde. *Site*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: dez. 2007.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 431-442, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, 24(2): 78-99, 1990.

VIANA, A. L. d'A. *Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 18)

VIANA, A. L. d'A. & LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. *In*: VIANA, A. L. d'A.; ELIAS, P. E. M. & IBAÑEZ, N. (Orgs.) *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIANA, A. L. d'A. & LIMA, L. D. (Orgs.) *Regionalização e Federalismo na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. & OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 493-507, 2002.

VIANA, A. L. d'A. & MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 18: 645-684, 2008.

13. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil

Maria Alicia D. Ugá
Silvia Marta Porto
Sérgio Francisco Piola

Este capítulo aborda dois temas que vêm sendo objeto de intenso interesse no cenário internacional, principalmente a partir da década de 1980: o financiamento dos sistemas de saúde, tendo em vista o aumento constante dos gastos, decorrente tanto do envelhecimento da população como da incorporação de tecnologias de alto custo, bem como a alocação geográfica de recursos na perspectiva da equidade no acesso aos serviços de saúde em contextos de desigualdades sociais. Assim, o capítulo é composto de duas partes, abordando cada um desses macrotemas. Cada parte, por sua vez, contém três seções: a primeira é de caráter conceitual; a segunda contextualiza a questão no cenário internacional; e, finalmente, a terceira é destinada à análise do caso brasileiro.

Alguns conceitos sobre financiamento de sistemas de saúde

O financiamento de sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma dada sociedade. Esse gasto pode ser efetuado pelo Estado (nas distintas esferas de governo, por meio de tributos ou de empréstimos e doações internacionais), pelas famílias (pela compra direta de serviços de saúde, medicamentos e outros materiais ou mediante pagamento pela aquisição de planos privados de saúde ou, ainda, por meio de poupanças individuais, como os *medical saving accounts*) e pelas empresas (quando participam do ônus financeiro da compra de planos de saúde coletivos para seus empregados).

Fontes de recursos do gasto público em saúde

O gasto público em saúde é financiado fundamentalmente por tributos. Nos países mais pobres, empréstimos e doações de organismos internacionais cumprem também papel expressivo.

Os impostos e as contribuições sociais estão incluídos nos tributos. As contribuições sociais são aquelas que têm vinculação, isto é, sua alocação é definida (como no exemplo

do caso brasileiro, as contribuições sociais destinadas especificamente ao Orçamento da Seguridade Social – OSS). Diferentemente, os impostos não têm destino predefinido; são impostos gerais, cuja alocação é do livre arbítrio dos governantes.

Os tributos podem incidir sobre indivíduos e empresas ou sobre as transações comerciais de produtos ou serviços. Estes podem ser arrecadados pelas distintas esferas de governo (no caso brasileiro: federal, estadual e municipal).

A principal distinção a ser feita entre os tributos tem relação com o agente econômico que é onerado no final do processo. Desse modo, os 'impostos diretos' incidem sobre as famílias e as empresas, não podendo ser transferidos, ao longo do processo econômico, a um terceiro agente econômico. Portanto, incidem sobre a renda dos indivíduos e das empresas (Imposto de Renda, Pessoa Física ou Jurídica), sobre a propriedade (Imposto Predial e Territorial, Urbano ou Rural) ou sobre o lucro das empresas.

Por sua vez, os 'impostos indiretos' incidem sobre as transações comerciais ou sobre o valor de venda das mercadorias – o exemplo mais comum é o Imposto sobre o Valor Agregado (IVA) e, no Brasil, o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação, cuja sigla é ICMS – e costumam ser transferidos ao consumidor final, posto que estão embutidos nos preços das mercadorias comercializadas.

Outra importante categoria de análise dos tributos é a sua progressividade, uma vez que está relacionada à equidade do sistema tributário, ou seja, à distribuição do ônus do pagamento de tributos entre indivíduos de distintos níveis de renda. Desse modo, os tributos podem ser progressivos, proporcionais ou regressivos.

Os impostos progressivos incidem mais do que proporcionalmente sobre aqueles que têm mais renda. No Brasil, por exemplo, o Imposto de Renda Pessoa Física tem distintas alíquotas, que são maiores para os segmentos sociais mais ricos. Trata-se, portanto, de imposto que penaliza mais do que proporcionalmente os indivíduos de maior renda; por conseguinte, é imposto progressivo. É evidente que poderia ser mais progressivo se operasse com maior número de alíquotas, subdividindo o segmento 'mais rico' da população em mais estratos, em lugar de tratar igualmente a classe média e a de alta renda. Uma condição necessária, mas não suficiente, para que um imposto seja progressivo é a de que seja imposto direto, que incida sobre a renda ou a propriedade.

Já os tributos proporcionais penalizam igualmente todos os segmentos sociais, incidindo com a mesma alíquota sobre a renda ou a propriedade. Um exemplo desse tipo de tributo é a extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que penalizava de forma proporcional (com uma mesma alíquota) as movimentações financeiras efetuadas por pessoas físicas – de distintas classes de renda – e jurídicas. O tributo sobre movimentação financeira vigorou no Brasil de 1993 a 1994 como Imposto sobre Movimentação Financeira (IPMF) e depois de 1997 até dezembro de 2007 como CPMF, quando foi extinto.

Por sua vez, os tributos regressivos penalizam mais do que proporcionalmente aqueles que têm menos renda. É o caso clássico dos impostos indiretos, que são repassados ao consumidor pelos preços. Esses impostos sempre penalizam os segmentos sociais mais pobres, tendo-se em mente que tais segmentos gastam toda a sua renda no consumo (diferentemente das classes de mais alta renda, que poupam boa parte de sua renda), razão pela qual são constantemente onerados com esse tipo de impostos. Embora alguns países estabeleçam

alíquotas menores para o imposto sobre o consumo de mercadorias pertencentes a uma 'cesta básica', ainda assim esse tipo de tributo continua sendo regressivo.

Na análise dos tributos, também é importante considerar qual é a esfera de governo que os arrecada e qual delas se apropria. Mossialos e Dixon (2002) argumentam a favor de que os governos locais tenham competência tributária (isto é, prerrogativa constitucional de criar tributos, por meio de lei, e definir alíquotas). Dentre os principais argumentos, vale destacar:

- maior transparência entre a arrecadação e o gasto em nível local;
- maior *accountability* dos políticos locais, que estão mais próximos do seu eleitorado nas decisões de arrecadação e gasto;
- melhor resposta dos governos locais às preferências e necessidades da sociedade, em termos do gasto em saúde.

Accountability
O conceito remete à responsabilização e à prestação regular de contas por parte do gestor à população.

Entretanto, existe forte contra-argumento à arrecadação local, em favor dos tributos que são de competência dos governos centrais, considerando-se a potencialidade redistributiva da arrecadação central: os recursos arrecadados por meio desses tributos podem ser objeto de alocação redistributiva de recursos, norteada pela equidade, que favoreça as regiões menos desenvolvidas.

Questão semelhante relacionada à 'margem de manobra' na utilização de recursos diz respeito à discussão sobre as vantagens e desvantagens dos impostos gerais e dos tributos com vinculação específica. Por um lado, os tributos vinculados a gasto específico (como o caso, no Brasil, da extinta CPMF e das contribuições sociais vinculadas ao OSS) garantem recursos a determinado setor de política pública e ainda, como destacam Jones e Duncan (*apud* Mossialos & Dixon, 2002), estabelecem relação clara entre a arrecadação e o gasto público, tornando o gasto mais transparente e responsável. Por outro lado, introduzem, obviamente, um elemento de 'engessamento' do gasto público, uma vez que os recursos arrecadados por meio desses tributos só podem ser gastos no setor ao qual estão vinculados.

Financiamento e tipos de gastos privados em saúde

O financiamento dos gastos privados em saúde se dá com base na renda das famílias e das empresas. As famílias gastam em aquisição de seguros e planos privados de saúde, na compra de bens e serviços de saúde através do gasto direto (*out-of-pocket*), ou através do modelo mais recente de poupanças compulsórias destinadas especificamente a gastos médico-hospitalares (*medical saving accounts*).

Quanto aos seguros e planos privados de saúde, existem alguns esquemas distintos:

- O 'seguro puro' ou predominante em um modelo de saúde de cunho liberal. O caso típico é o estadunidense, em que a saúde é de responsabilidade fundamentalmente do indivíduo e no qual o Estado intervém na provisão de serviços para grupos específicos (como será explicado no item "Modelos de sistemas de saúde e de seu financiamento").
- O denominado 'seguro substitutivo', que é um seguro alternativo disponível àquelas pessoas que optem por se retirar do acesso ao sistema nacional de saúde – ou ao seguro

público de saúde. Esse é o caso, por exemplo, da Holanda e do Chile, países nos quais os cidadãos são obrigados a optar por um tipo de seguro (público ou, alternativamente, algum seguro privado).

- O seguro 'suplementar', mediante o qual os cidadãos, que optam por obtê-lo, compram um seguro ou plano de saúde que lhes proporciona, fundamentalmente, diferenciais na 'hotelaria' hospitalar e ambulatorial provida pelo sistema público, de seguro social, como nos casos francês e alemão.
- O seguro 'complementar', que oferece cobertura de serviços excluídos ou apenas parcialmente cobertos pelos sistemas públicos de saúde, como é o caso do Canadá.

Para saber mais sobre seguros privados de saúde, consulte o capítulo 14.

Note-se que o caso brasileiro não se enquadra, entretanto, em nenhuma das categorias referidas. Isto porque, embora nacionalmente denominado de 'setor de saúde suplementar', o segmento de seguros e planos de saúde privados no Brasil não provê apenas diferenciais na hotelaria, constituindo-se em um sistema duplicado ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que este último é de acesso universal.

Como se observará na seção seguinte, os países que têm maior participação dos planos e seguros privados de saúde no gasto em saúde exibem maior gasto *per capita* do que aqueles alicerçados em sistemas nacionais de saúde, nos quais o gasto é fundamentalmente financiado por tributos. Isto porque os seguros privados têm finalidade de lucro e pesados custos administrativos e de *marketing*, que introduzem, portanto, importantes custos adicionais ao sistema de saúde.

No que diz respeito ao gasto privado direto em saúde efetuado por indivíduos e famílias, ele é constituído fundamentalmente por dois tipos:

- pagamentos diretos (*out-of-pocket*) – referentes à compra de bens e serviços de saúde não providos pelo sistema público (ou providos por este, mas com altos custos não monetários, como é, por exemplo, o tempo de espera);
- copagamentos ou as coparticipações – realizados no ato da utilização de serviços de saúde prestados por esquemas privados de asseguramento ou, ainda, por alguns sistemas públicos que introduziram a participação do usuário no financiamento setorial.

Convencionou-se denominar copagamento aqueles desembolsos, efetuados no ato da utilização de serviços, que têm tarifa fixa (por exemplo, determinada tarifa para consultas ambulatoriais ou para diárias hospitalares). Diferentemente, a coparticipação corresponde a determinado percentual do custo real do serviço utilizado (por exemplo, 15% do valor da internação).

A participação do usuário no financiamento setorial (por meio de copagamentos ou de coparticipações) vem sendo introduzida desde os anos 80 em sistemas de saúde europeus, com o intuito de conter a demanda e a utilização de serviços de saúde, e também em países africanos, com o objetivo principal de arrecadar recursos adicionais para o financiamento do sistema de saúde.

Entretanto, em tais experiências as coparticipações se revelaram fortemente iníquas nos casos em que adotam a mesma tarifa para todos os usuários, tendo em vista que penalizam fortemente (e excluem do acesso) os segmentos populacionais mais pobres (Ugá, 1997).

Ainda naqueles países que estabeleceram alíquotas diferenciadas segundo a renda do usuário, a administração do sistema resultou em custos adicionais que, na maior parte das vezes, não compensaram a receita oriunda dessa participação do usuário.

Finalmente, um terceiro tipo de gasto privado em saúde surgiu nos países asiáticos, mediante o sistema de poupanças individuais compulsórias para gastos em saúde, sob o modelo *medical saving accounts*. Essa concepção de financiamento do sistema de saúde tem em Cingapura o seu modelo mais acabado, embora os *medical saving accounts* já sejam também aplicados na Coreia e estejam em discussão na Malásia e na China. É um sistema em que, para fazer face a despesas médicas, os indivíduos devem abrir compulsoriamente contas particulares de poupança exclusivas para gastos em saúde, os *medical saving accounts*.

Modelos de sistemas de saúde e de seu financiamento

Os modelos de financiamento do setor saúde têm forte correspondência com o modelo de sistema de saúde a que pertencem; a lógica que os preside norteia também a do seu financiamento. Por conseguinte, um sistema de seguro social que, na sua origem, tem as caixas ou os institutos de previdência social constituídos por grupos fechados, recortados em razão da pertinência de cada indivíduo a determinado grupo, tem como principal fonte de financiamento as contribuições individualizadas, compulsórias, proporcionais à renda, que se dão sobre a folha de salário, advindas dos trabalhadores e/ou das empresas que os contratam. Diferem dos seguros privados pois são contribuições obrigatórias e sem relação com o risco de adoecer, ocorrendo redistribuição entre os segurados de maior e menor renda e entre doentes e sadios, sendo considerada uma fonte de recursos públicos.

> Para conhecer as características dos sistemas de saúde, consulte o capítulo 3.

Estes grupos de trabalhadores tanto podem se referir a uma categoria profissional (mineiros, metalúrgicos, por exemplo), a certo setor de atividades (como trabalhadores de determinado setor da indústria ou comércio) ou, ainda, aos trabalhadores de uma empresa específica (Cia Ferroviária, por exemplo). Esse é o modelo das Obras Sociales argentinas, das antigas Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões brasileiros, citando-se somente alguns casos latino-americanos.

Os sistemas de saúde que seguem essa lógica são chamados bismarckianos por se inspirarem no sistema implantado na Alemanha, em 1883, pelo chanceler Otto von Bismarck. Em relação a esses sistemas, o que se observou, sobretudo em países europeus, como discutido no capítulo 3, foi a progressiva universalização, com suporte financeiro de impostos gerais, e uniformização da oferta de serviços reduzindo as desigualdades de acesso.

Diferentemente, os sistemas nacionais de saúde, de acesso universal e regidos pela lógica da solidariedade, são predominantemente financiados por impostos gerais e, de preferência, por impostos diretos (como o Imposto de Renda). Por serem progressivos (isto é, por onerarem de forma mais que proporcional aqueles que mais têm), tais impostos se adaptam a sistemas de proteção social – e de saúde, em particular – de caráter redistributivo. Exemplos desses sistemas – do tipo seguridade social – são o inglês, criado em 1946 sobre a inspiração de lorde Beveridge, e os dos países nórdicos da Europa.

Por sua vez, os sistemas de saúde de cunho liberal, que deixam em mãos do mercado o acesso aos serviços, tendem a ser financiados predominantemente pelo gasto privado, tanto o direto (pelo desembolso direto no ato do consumo de serviços de saúde) como o decorrente da compra de planos e seguros de saúde privados.

Para saber mais sobre os programas Medicare e Medicaid consulte o capítulo 25.

Entretanto, esses modelos de financiamento hoje não são mais do que 'tipos ideais' (no conceito de Weber), pois vieram sofrendo importantes modificações ao longo do tempo. Assim, o modelo tipicamente liberal de sistema de saúde – o estadunidense – passou a incorporar uma importante intervenção estatal com os programas Medicare e Medicaid. Como o primeiro (destinado aos aposentados) é financiado com contribuições sobre a folha de salários e o segundo (destinado aos pobres) o é por meio de impostos gerais, o financiamento do sistema de saúde norte-americano é hoje um modelo misto, no qual ainda prepondera o gasto privado, mas os impostos e as contribuições sobre folha de salários representam, juntos, mais de 44% do gasto em saúde estadunidense.

O sistema de saúde pertencente ao seguro social mais antigo, o alemão, continua a ser financiado majoritariamente por contribuições sociais sobre os salários (Tabela 1), todavia, passou a incorporar outras fontes no seu financiamento. Por um lado, incorporou tributos gerais, para viabilizar o acesso universal à atenção à saúde, e, por outro, o gasto privado, tanto na forma de copagamento de serviços utilizados por meio do seguro social como na de gasto privado direto. Ademais, nas reformas mais recentes, foi criado um fundo de redistribuição entre os distintos seguros sociais de doença, com o qual o sistema instituiu uma solidariedade intergrupos.

O aumento na participação do gasto privado dos sistemas de saúde dos seguros sociais corresponde, em geral, a medidas de contenção do gasto e de inibição da utilização de certos serviços, advindas das reformas da década de 1990. O mesmo fenômeno se observa em relação a outro caso de seguro nacional (Tabela 1), o da França, que opera com copagamento, e em decorrência disso parte da população recorre ao ressseguramento privado para cobrir esses gastos (14%).

Finalmente, os sistemas nacionais de saúde do tipo beveridgiano, nos quais o gasto público representa mais de 70% (e, em geral, mais de 80%) do gasto total, convivem com algum nível de gasto privado que, entretanto, representa no máximo 30% do gasto total, como mostram os casos incluídos na Tabela 1 (Canadá, Inglaterra, Espanha, Dinamarca, Suécia). Ou seja, nos países mais desenvolvidos a maior parte dos gastos com saúde são públicos, exceto no EUA, sejam eles baseados em serviços nacionais ou de seguros sociais.

Tabela 1 – Composição percentual do gasto em saúde de alguns países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) – 2007

País	Gasto público			Gasto privado			Total
	Impostos gerais	Contribuição folha de salários	Subtotal	Seguros e planos privados	Desembolso direto	Subtotal	
Canadá	68,6	1,4	70,0	15,1	14,9	30,0	100,0
Inglaterra	81,7	0,0	81,7	6,8	11,5	18,3	100,0
Espanha	66,8	5,0	71,8	7,2	21,0	28,2	100,0
Dinamarca	84,5	0,0	84,5	1,7	13,8	15,5	100,0
Suécia	81,7	0,0	81,7	2,4	15,9	18,3	100,0
França	5,2	73,8	79,0	14,2	6,8	21,0	100,0
Alemanha	9,0	67,9	76,9	10,0	13,1	23,1	100,0
EUA	32,8	12,7	45,5	42,2	12,3	54,5	100,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados da OMS, 2010.

É preciso mencionar igualmente a notória expansão do gasto em saúde nesses países, em que pesem os esforços no sentido de sua contenção, por meio das reformas dos anos 90, direcionadas ao ajuste fiscal, portanto, à contenção do gasto público.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), o nível de gasto *per capita* em saúde varia bastante entre os países-membros, despontando o dos Estados Unidos (*per capita* de US$ 7.285, 50% superior ao do país que o segue, a Noruega – US$ 4.763). É interessante neste particular mostrar a situação do Brasil, que, embora invista mais de 8% em saúde, aproximando-se de países como Reino Unido e Espanha, tem uma participação pública muito baixa no gasto total, cerca de 42%, e um *per capita* muito inferior (US$ 837) (Tabela 2)

Nos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), observou-se uma elevação persistente do gasto em saúde nos últimos anos. Nesses países, o gasto em saúde cresceu em média 4,3% ao ano no período de 1997 a 2003, o que corresponde ao dobro da média de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB).

Tabela 2 – Gasto *per capita* em saúde em alguns países da OCDE e Brasil – 2007 (US$ – PPP*)

País	Noruega	Reino Unido	Espanha	Dinamarca	França	Alemanha	EUA	Brasil
Gasto *per capita*	4.763	2.992	2.671	3.513	3.709	3.588	7.285	837

* *Purchasing power parity* (paridade de poder de compra).
Fonte: OMS, 2010.

Houve ainda aceleração da taxa de crescimento do gasto em saúde, uma vez que no período anterior, de 1992 a 1997, ela foi de 4,3% ao ano, correspondendo aproximadamente à taxa de crescimento média do PIB no conjunto desses países (Anderson & Poullier, 1999).

Muitos têm atribuído o crescimento do gasto em saúde ao envelhecimento populacional. Entretanto, como mostram alguns estudos (Kotlikoff & Hagist, 2005), o principal fator gerador dessa aceleração do gasto foi o processo de incorporação de tecnologias de alto custo em serviços destinados a todas as faixas etárias.

Em termos gerais, pode-se afirmar que, embora tenha ocorrido uma elevação geral do gasto em saúde, expresso em valores *per capita*, é inegável, por um lado, que no país em que predomina o asseguramento privado (EUA), o gasto não só é mais do que o dobro do que o de países como Dinamarca ou Reino Unido, como deixa descobertos 15% de sua população, cerca de 46 milhões de pessoas em 2008. Em outubro de 1993 o presidente Clinton, em seu The President's Health Security Plan, estimava que 37 milhões de pessoas careciam de proteção à saúde nos EUA naquele ano, dos quais 85% pertencentes a famílias em que havia um adulto desempregado (Noronha & Ugá, 1995). Quase duas décadas depois, em 2010, a reforma do presidente Obama tenta beneficiar uma parte da população sem cobertura estimada em 32 milhões.

Por outro lado, se observados os países que constam na Tabela 2, aqueles que têm sistemas de saúde pertencentes ao seguro social (França, Alemanha) exibem gasto *per capita* (US$ 3.709 e US$ 3.588, respectivamente) superior à maior parte dos países com sistemas nacionais de saúde. Esse é um tema que merece futuros desenvolvimentos.

Outra questão importante é aquela que diz respeito a importantes diferenças observadas pelos modelos de proteção social e de financiamento, no que tange à equidade. Wagstaff, Rutten e Van Doorslaer (1993) mostram que o financiamento do sistema de saúde é fortemente regressivo nos países em que o seguro privado predomina.

Nos sistemas de seguro social, financiados por contribuições relacionadas à renda dos indivíduos, tendo muitos deles teto para as contribuições, o financiamento se mostra mais progressivo do que nos sistemas baseados no seguro privado, mas menos progressivo do que nos sistemas nacionais de saúde, financiados predominantemente por impostos gerais (em sua maior parte, tributos diretos).

Financiamento do sistema de saúde brasileiro

Correspondendo à estrutura herdada do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS, no qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado, a estrutura do gasto nacional em saúde está bastante marcada por essa herança.

Estrutura do financiamento do sistema de saúde brasileiro

Nosso sistema de saúde, constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, exibe estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho beveridgiano, mas se aproxima do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde.

Evidência disso é o fato de que, como mostra a Tabela 1, enquanto o gasto em saúde da Inglaterra, Dinamarca e Suécia é respectivamente 82%, 84,5% e 82% público e financiado preponderantemente por impostos gerais, no Brasil a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de cerca de 42% – portanto, inferior à norte-americana, cujo sistema de saúde é tido como padrão do modelo liberal.

A Tabela 3 mostra a composição do financiamento setorial no Brasil, revelando que o setor privado ainda participa em 58% do gasto em saúde e que o gasto direto das famílias é ainda hoje muito importante, em que pesem os avanços do SUS. Este último, como será visto adiante, é fundamentalmente constituído pelas despesas com medicamentos.

Tabela 3 – Composição do gasto em saúde. Brasil – 2007

Gasto em saúde	(%)
Público	41,6
Privado – planos e seguros de saúde	24,1
Privado – direto das famílias	34,3
Total	100

Fonte: OMS, 2010.

É baixa, portanto, a participação do gasto público no sistema de saúde brasileiro, tendo-se em mente os princípios da universalidade e da integralidade do acesso à atenção à saúde que norteiam o SUS.

Para refletir
Nosso sistema de saúde, constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, exibe uma estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde do tipo beveridgiano, mas se aproxima do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde. O que explica essa contradição?

Estrutura de financiamento do SUS

A instituição do acesso universal à saúde como direito inerente à cidadania, pela Constituição Federal de 1988, foi coerentemente acompanhada da inserção do Sistema Único de Saúde no Sistema de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), bem como do financiamento do SUS no Orçamento da Seguridade Social, acrescido de recursos dos tesouros federal, estaduais e municipais.

O Orçamento da Seguridade Social (OSS) contemplou (embora, propositalmente, sem vincular fontes para cada área específica) a natureza distinta dos benefícios e serviços por ele financiados: 1) os de caráter contributivo e individualizados, tais como os do regime geral de aposentadorias e o seguro-desemprego); e 2) os benefícios regidos pela lógica da cidadania, tais como o acesso universal à saúde e o 'salário cidadão' de um salário mínimo para a população de mais de 65 anos ou portadora de deficiência.

Desse modo, foram contempladas tanto as tradicionais contribuições sobre a folha de salário (pagas pelas empresas e pelos trabalhadores) como a nova Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e sobre o faturamento – antigo Fundo de Investimento Social (Finsocial), então transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) –, prevendo-se ainda o ingresso ao OSS dos recursos do Tesouro que se fizessem necessários para atender às necessidades decorrentes desse modelo de proteção social welfariano. Acrescentaram-se ao OSS: 1) os recursos provenientes do antigo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) oriundos de receitas de concursos e prognósticos – pouco significativos; e 2) os recursos advindos do Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep), vinculados especificamente ao programa de seguro-desemprego.

O novo texto constitucional, por um lado, incorporou fontes novas (tais como a Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL) e, por outro, ampliou a base de incidência de tributos já existentes, como a do antigo Finsocial, atual Cofins. Além disso, previu a participação de receita fiscal no financiamento do sistema, de forma tal a garantir a sua viabilização. Note-se ademais que se pretendeu racionalizar a alocação de recursos do OSS ao se constituir um orçamento unificado, evitando a pulverização no uso de receitas de fundos previamente existentes (Quadro 1).

Quadro 1 – Composição do Orçamento da Seguridade Social (OSS)

Fontes	Vinculação
Contribuição sobre folha de salários (paga por empresas e trabalhadores)	A partir de 1993, foi vinculada à previdência social
Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)	Não
Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL)	Não
PIS/Pasep	Vinculada ao seguro-desemprego
Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)	Criada em 1997 de forma totalmente vinculada à saúde e posteriormente também dirigida parcialmente para a previdência social e extinta em dezembro de 2007
Impostos gerais da União	Foi previsto o ingresso dos recursos que se fizessem necessários, provenientes dessa fonte; entretanto, sua participação no OSS é irrisória

No tocante ao financiamento da saúde, a Constituição Federal de 1988 previa, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do OSS à saúde, excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Não estabelecia, portanto, uma vinculação definitiva, pois a cada ano essa lei definiria o percentual do OSS a ser destinado à saúde. Ainda que as primeiras LDOs tenham repetido o dispositivo, destinando à saúde 30% das receitas do OSS, excluído o seguro-desemprego, esse percentual não foi cumprido em 1990 e 1991 (Vianna, 1992).

A mesma Constituição também estabeleceu que estados, municípios e Distrito Federal participariam do financiamento do SUS, mas não estabeleceu nenhum parâmetro para essa participação (parágrafo único, art. 198). Dessa forma, nos primeiros anos após a criação do SUS, a maior parte dos recursos a ele destinados estava concentrada na esfera federal (Barros, Piola & Vianna, 1996).

Agravando ainda mais a incerteza do financiamento do SUS nesse período, em 1993 as contribuições sobre folha de salário recolhidas pela previdência social, que historicamente vinham participando do financiamento federal da saúde, deixaram de ser repassadas ao Ministério da Saúde (MS), alegando-se problemas de caixa da previdência. Tais recursos, no início dos anos 90, representavam cerca de 30% dos dispêndios do MS. Esse fato agravou a situação de instabilidade do financiamento da saúde (Mendes & Marques, 2009).

A perda dos recursos que vinham da previdência social, associada à política de ajuste fiscal promovida pelo governo federal em 1994 (Ugá & Marques, 2005), fez o MS buscar empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e iniciar penoso processo no Congresso Nacional para aprovar um tributo adicional, vinculado à saúde e posteriormente também à previdência social: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) (lei 9.311, de 24 de outubro de 1996), que passou a vigorar em 23 de janeiro de 1997 – renovada sucessivamente e extinta em dezembro de 2007.

Note-se que, em que pese o fato de o MS ter precisado recorrer à introdução dessa nova contribuição específica (a CPMF) para solucionar a questão do financiamento setorial, esse problema encontra suas raízes fora do setor saúde e externamente ao OSS, posto que

as sucessivas necessidades de financiamento enfrentadas sobretudo nos anos 90 pelas áreas que compõem a seguridade social se deram fundamentalmente porque: 1) não entrou no OSS a totalidade dos recursos que lhe pertenciam; 2) a entrada dos recursos no OSS não foi feita com a devida regularidade; e, finalmente, 3) gastos que não correspondiam às atividades específicas da seguridade social – como os dos Encargos Previdenciários da União (EPU) – foram feitos utilizando recursos do OSS.

Por todos esses fatores, o gasto federal *per capita* diminuiu sensivelmente no início dos anos 90: enquanto em 1989 foram destinados US$ 81 *per capita* para a atenção à saúde, em 1990 esse valor caiu para US$ 66 e, no ano de maior contração (1992), chegou ao seu mínimo, de apenas US$ 45 (Ugá, 1997). Nos primeiros anos da década de 1990, portanto, o problema crucial do financiamento setorial foi a contração do volume de recursos.

Entretanto, a partir de 1993 e, principalmente, depois da incorporação, em 1997, dos recursos da CPMF ao orçamento do MS, verificou-se recuperação gradual do gasto federal em saúde, passando (em valores constantes expressos em R$ de dezembro de 1998) de R$ 85 a R$ 114 no período de 1993 a 1999.

Em média, no período entre 1997 e 2007, a CPMF respondeu por um terço dos recursos do MS. Contudo, a colaboração da CPMF para recuperação do orçamento do ministério poderia ter sido maior, caso não tivesse havido, pelo menos até o avento da emenda constitucional n. 29, de 2000, uma clara substituição pela CPMF do aporte que outras fontes faziam ao orçamento do MS (Servo *et al.*, 2011) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do gasto do Ministério da Saúde por fonte de recurso – 1995-1996, 2000-2001 e 2007-2008

Fonte	1995	1996	2000	2001	2007	2008
	%					
Recursos ordinários	3,2	0,2	5,3	12,5	5,2	20,1
Operações de crédito – interna e externa	1,1	0,9	2,7	2,2	0,1	0,0
Recursos diretamente arrecadados	2,5	2,5	3,3	5,1	3,7	4,0
Títulos Tesouro Nacional	2,7	3,4	0,2	0,3	0,0	0,0
Contribuições sociais	70,5	66,2	80,9	74,9	87,1	71,8
Contrib. Social Lucro Líquido (CSLL)	20,2	20,7	12,6	7,0	38,7	34,7
Contrib. Financiamento Seguridade Social	48,8	42,2	37,1	38,5	15,4	34,9
CPMF	0,0	0,0	31,2	28,2	30,8	1,0
Contrib. Servidor Plano Seguridade Social Servidor	1,5	3,3	0,0	1,2	0,9	0,2
Contrib. Patronal Plano Seguridade Social Servidor	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	0,0	0,0	4,5	3,0	3,0
Fundo Social de Emergência	11,7	17,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Demais fontes	8,3	8,9	7,6	0,6	0,8	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Adaptado de Servo *et al.*, 2011.

O caráter provisório da CPMF sempre preocupou os gestores da saúde, que continuaram trabalhando por solução mais abrangente e definitiva. No legislativo diversas propos-

tas foram apresentadas. O ponto em comum entre elas era a busca pela vinculação para a saúde dos recursos orçamentários dos três níveis de governo. Várias propostas começaram a tramitar no Congresso Nacional, algumas delas anteriores à própria criação da CPMF, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A, encaminhada ainda em 1993. Essa proposta foi sendo alterada e aglutinada a outras iniciativas de lei, redundando em 2000 na aprovação da PEC 29.

A emenda constitucional n. 29, de 2000, atualmente vigente, vincula recursos das três esferas de governo a serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde. Essa emenda estabeleceu que a União deveria aplicar, em 2000, o montante de recursos empenhado em 1999, acrescido de pelo menos 5%, ao passo que, no período de 2001 a 2004, deveria destinar à saúde o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB.

Emenda constitucional n. 29/2000

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal."

No que diz respeito às esferas infranacionais, a emenda constitucional n. 29 dispôs que os municípios deveriam destinar 15% de sua receita, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde; por sua vez, os estados e o Distrito Federal deveriam alocar à saúde, no mínimo, 12% de sua receita. A base vinculável da receita é composta por impostos próprios e por transferências (Quadro 2).

Quadro 2 – Composição da base vinculável das receitas de estados e municípios para cumprimento da emenda constitucional n. 29/2000

Receitas de impostos estaduais	ICMS – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação
	IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
	ITCMD – Imposto sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doação de Bens e Direitos
Receitas de impostos municipais	IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
	ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
	ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
Receitas de impostos transferidos pela União aos estados	FPE – Fundo de Participação dos Estados e do DF
	IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte
	IPI Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados
	ICMS Exportação (Lei Kandir) – Lei complementar n. 87/96
Receitas de impostos transferidos pela União aos municípios	ITR – Imposto Territorial Rural
	FPM – Fundo de Participação dos Municípios, IRRF, ICMS, IPVA, IPI
	Exportação, ICMS Exportação (Lei Kandir)
Transferências financeiras constitucionais e legais dos estados aos municípios	ICMS (25%), IPVA (50%), IPI Exportação (25%), ICMS Exportação – Lei Kandir (25%)
Receita de dívida ativa tributária de impostos	

Fonte: Ugá & Santos, 2005.

Observe-se que, enquanto o espírito da criação do Orçamento da Seguridade Social foi o de instituir fontes estáveis para as três áreas da seguridade social e, portanto, para a saúde, sem vinculá-las; a lógica que norteou a emenda constitucional n. 29 foi a de vincular recursos para o SUS nas três esferas de governo.

Depois de quase dez anos de discussão, a regulamentação da emenda n. 29 foi finalmente aprovada por meio da lei complementar n.141, de 16 de janeiro de 2012. Ficou definido com maior clareza e precisão o que se entende, por exemplo, por 'ações e serviços de saúde', de modo a não permitir a inclusão como despesa em saúde de ações referentes a programas que, embora atuem sobre os determinantes da saúde (tais como alimentação e lazer), ou se destinem a clientelas fechadas (assistência médica a servidores, por exemplo), não se constituem em ações e serviços públicos de saúde propriamente ditos. Também foram regulamentadas outras questões como, por exemplo, a compensação de recursos empenhados, cujo valor entrava na contabilização de cumprimento da emenda e, posteriormente, era cancelado. Contudo, a maior pretensão dos segmentos sociais, que era um maior volume de recursos federais para o SUS, por meio da mudança na forma de cálculo da participação do governo federal, não foi aprovada. A postulação era de que o valor a ser alocado para a saúde pelo governo federal também deveria ser calculado com base nas receitas correntes. Nesse sentido, defendia-se que fosse destinado à saúde um percentual de 10% das receitas correntes brutas da União.

Ademais, como mostrado em Ugá e Marques (2005), o financiamento do SUS tem sido abalado por fatores extrassetoriais vinculados fundamentalmente às políticas de ajuste

macroeconômico. Visto que o eixo condutor dessas políticas é a busca única do equilíbrio macroeconômico e da eliminação do déficit fiscal, elas foram acompanhadas da contração substancial do gasto público na provisão de políticas sociais, ao mesmo tempo que vincularam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização da dívida interna e externa.

Por conseguinte, a saúde tem representado, desde 2000, sempre menos de 17% do orçamento da seguridade social e cerca de 5% da despesa total efetiva federal (Ugá & Marques, 2005). Afora isso, a atual Desvinculação de Recursos da União (DRU), implantada desde 1994 com o Fundo Social de Emergência, é evidência da prioridade absoluta do ajuste fiscal em detrimento do cumprimento do dever do Estado no financiamento de políticas sociais cidadãs, tendo em vista que desvincula do OSS 20% dos recursos arrecadados.

A Desvinculação de Recursos da União é derivada do Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994 com o propósito de aumentar os recursos disponíveis pelo Tesouro Nacional, para uso de livre arbítrio da Presidência da República (naquele momento, fundamentalmente para pagar a dívida pública). Esse instrumento consiste na desvinculação de 20% do montante de toda e qualquer receita arrecadada pela União. Como se sabe, várias receitas da União têm a sua parte ou totalidade destinada a fins específicos: por exemplo, 21,5% e 22,5% da arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) destinam-se, respectivamente, ao Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM); ainda as contribuições sociais vinculadas ao Orçamento da Seguridade Social destinam-se exclusivamente a ele. Dessa forma, o FSE e hoje a DRU consomem parte de receitas vinculadas a programas sociais (OSS) ou à descentralização (FPE e FPM).

Participação das três esferas de governo no gasto público em saúde

Até meados da década de 1990, o gasto público em saúde guardava a marca do período anterior à nova Constituição, caracterizado por forte centralização do sistema de saúde e de seu financiamento em nível federal. Assim, em que pese o processo de descentralização tributária introduzido pela nova Carta Constitucional, que não só ampliou a competência tributária de estados e municípios como também elevou o nível das transferências de tributos federais às esferas subnacionais de governo, o nível federal continuava, em 1990, com aproximadamente a mesma participação do gasto público em saúde que nos anos 80, responsabilizando-se por 73% dessa despesa. No decorrer dos anos 90, observou-se ligeira diminuição da participação do governo central nesse gasto, em razão essencialmente do papel mais ativo inicialmente exercido pelos municípios (Tabela 5).

Tabela 5 – Participação das esferas de governo no gasto público em saúde. Brasil – vários anos (%)

Esfera	Ano						
	1980	1990	1992	1993	2000	2003	2008
Federal	75	73	68	72	60	51	45
Estadual	18	15	14	12	18	23	26
Municipal	7	12	18	16	22	26	29

Fontes: Médici, 1994; Médici & Marques, 1993. Os dados de 2000, 2003 e 2008 provêm do Siops e referem-se a gastos em ações e serviços públicos de saúde (http//siops.datasus.gov.br).

Foi a partir do final da década de 1990, no entanto, e principalmente a partir da implementação da emenda constitucional n. 29, que aumentou a participação das esferas infranacionais no financiamento setorial.

Os municípios que, ao longo dos anos 90, já vinham aumentando sua participação no financiamento do SUS, em 2008 assumiam 29% do gasto público em saúde. Os estados, por sua vez, retomaram seu protagonismo no financiamento do SUS, participando com 26% dos recursos no mesmo ano. Os estados haviam diminuído sua participação percentual no financiamento público da saúde nos anos 90, provavelmente por causa da retração de seu papel na gestão do SUS a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 91, posteriormente recuperado com a NOB-96.

Por outro lado, o impacto da emenda constitucional n. 29 sobre o volume de recursos alocados para a saúde pela esfera federal de governo não foi significativo, tendo em vista as pequenas taxas de crescimento do PIB observadas no período (Barros, 2003). Assim, a União, que se responsabilizava por 75% do financiamento do sistema público de saúde em 1980 e que em 2000, ano da aprovação da emenda, já tinha diminuído sua participação para 60%, viu decrescer ainda mais sua participação relativa no financiamento do SUS: cerca de 45% em 2008, ainda que em valores absolutos os valores aplicados pela União (MS) tenham aumentado (Tabela 6).

Tabela 6 – Gasto das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde – 2000 a 2010 (em R$ bilhões de 2010, deflacionados pela média anual do IPCA)

Ano	Esfera						Total R$
	Federal (1)	% n. total	Estadual (2)	% n. total	Municipal (3)	% n. total	
2000	38,7	59,8	12,0	18,6	14,0	21,7	64,8
2001	40,0	56,1	14,7	20,7	16,6	23,2	71,3
2002	40,6	52,8	16,6	21,5	19,8	25,7	77,0
2003	38,9	51,1	17,5	23,0	19,7	25,9	76,2
2004	43,9	50,2	21,5	24,6	22,1	25,2	87,5
2005	46,7	49,7	21,7	23,1	25,5	27,2	93,9
2006	49,2	48,4	23,9	23,5	28,5	28,0	101,5
2007	51,6	47,5	26,3	24,2	30,8	28,3	108,6
2008	53,6	44,7	30,8	25,7	35,6	29,6	119,9
2009	61,2	45,9	33,9	25,4	38,4	28,7	133,4
2010	62,0	44,7	37,0	26,7	39,7	28,6	138,7

Obs.: 1) O gasto federal com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

2) O gasto estadual ASPS foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo Siops com base na análise dos balanços estaduais. Para o ano de 2009, foram considerados os dados transmitidos ao Siops pelas 27 unidades da federação (UF). Em 2010, consideraram-se os dados das 23 UF que os haviam transmitido ao Siops. Para os quatro estados faltantes, utilizaram-se os valores de 2009.

3) O gasto municipal ASPS foi extraído da base do Siops, em 13 de junho de 2011. Os dados referem-se apenas aos municípios que os transmitiram em cada ano, o que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Em 2000, 96% transmitiram os dados, e em 2010 o percentual, até junho de 2011, era de 92%.

Fonte: Servo *et al.*, 2011.

O aumento da participação de estados e municípios implicou, na prática, um incremento real de recursos de 194%, ao passar o dispêndio desses entes de R$ 26 bilhões em 2000 para R$ 76,7 bilhões em 2010 (crescimento de R$ 50,6 bilhões no aporte anual). No caso da União (MS) o crescimento real foi de R$ 23,0 bilhões no aporte anual. O gasto com ações e serviços públicos de saúde no país, consideradas todas as fontes, conforme mostra a Tabela 6, passou de R$ 64,8 bilhões em 2000 para R$ 138,7 bilhões em 2010, em termos reais. Ou seja, com a promulgação da emenda constitucional n. 29, os recursos públicos para saúde mais do que dobraram entre 2000 e 2010, principalmente por conta do aumento dos gastos por municípios e estados.

Como desdobramento desses números, o gasto *per capita* das três esferas com o SUS passou de R$ 378,27 em 2000 para R$ 717,73 em 2010, apresentando um crescimento real de 89,7% no período. Em relação ao PIB, o gasto do SUS passou de 2,9% em 2000 para 3,8% em 2010. Em relação a este último indicador, o comportamento das três esferas é desigual: o gasto da União como proporção do PIB praticamente não cresceu entre 2000 e 2010; por seu turno, os gastos dos estados passaram de 0,54% para 1,01%, e os dispêndios dos municípios evoluíram de 0,62% para 1,08% do PIB no mesmo período (Tabela 7).

Tabela 7 – Gasto das três esferas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) como proporção do PIB e *per capita*. Brasil – 2000-2010

Ano	Gasto com ASPS em % do PIB				Gasto ASPS* R$/*per capita*
	Federal	Estadual	Municipal	Total	
2000	1,73	0,54	0,62	2,89	378,3
2001	1,73	0,64	0,71	3,07	410,4
2002	1,67	0,68	0,81	3,17	436,5
2003	1,60	0,72	0,81	3,13	426,0
2004	1,68	0,83	0,85	3,36	483,3
2005	1,73	0,80	0,94	3,48	511,9
2006	1,72	0,84	1,00	3,55	547,2
2007	1,66	0,85	0,99	3,51	578,9
2008	1,61	0,92	1,06	3,59	632,6
2009	1,83	1,01	1,15	3,99	696,9
2010	1,69	1,01	1,08	3,77	717,7

* O gasto ASPS *per capita* foi calculado em termos reais de 2010, segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio anual.

Fonte: Servo *et al*., 2011.

O crescimento real dos recursos aplicados pelo MS depois da aprovação da emenda constitucional n. 29 e a redistribuição de responsabilidades no financiamento do SUS trouxeram modificações na estrutura de gastos por programas do ministério. A Tabela 8 mostra o aumento significativo da participação relativa dos programas de assistência farmacêutica e atenção básica e decréscimo da participação dos gastos com pessoal ativo e atenção de média e alta complexidades. Estudos que avaliem o comportamento conjunto dos gastos das três esferas de governo, por programas e ações, ainda estão por serem feitos.

Tabela 8 – Distribuição dos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde segundo agrupamento de programas/ações. Brasil – 1995, 2000, 2005 e 2008 (em milhões de reais deflacionados por IPCA médio 2008)

Especificação	1995	%	2000	%	2005	%	2008	%
Pessoal ativo	6.367	20,0	4.768	12,9	4.671	10,5	5.948	11,7
Média e alta complexidade	17.184	54,0	18.975	51,4	20.159	45,3	25.170	49,3
Atenção básica	3.103	9,7	4.317	11,7	5.936	13,4	6.875	13,5
Medicamentos	1.372	4,3	2.447	6,6	3.403	7,7	4.576	9,0
Vigilância em saúde	1.940	6,1	2.527	6,9	3.138	7,1	3.142	6,2
Demais	1.881	5,9	3.849	10,4	7.151	16,1	5.338	10,5
Total	31.847	100,0	36.883	100,0	44.458	100,0	51.049	100,0

Fonte: Adaptado de Servo *et al*., 2011.

Para refletir

Ainda que em valores constantes (deflacionados) o gasto federal com ações e serviços públicos de saúde tenha aumentado no período 2000 a 2010 (com o advento da emenda constitucional n. 29), a proporção desses gastos com relação ao PIB permaneceu quase constante, quando não diminuiu. Quais seriam as possíveis explicações para este comportamento aparentemente contraditório?

Retomando a análise da distribuição do ônus do financiamento setorial entre as três esferas de governo, é importante observar que o processo de descentralização tributária verificado a partir da nova Carta Constitucional não só ampliou a competência tributária de estados e municípios como também elevou o nível das transferências de tributos federais às esferas subnacionais de governo. Assim, a partir da reforma tributária introduzida na Constituição Federal de 1988, competem aos estados os seguintes tributos:

- Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), antigo ICM acrescido de dois impostos únicos da prestação de serviços de comunicação e de transporte interestadual e intermunicipal, os quais eram da competência da União;
- Imposto sobre a Transmissão *Causa Mortis* e por Doação de Quaisquer Bens e Direitos (ITD), que corresponde a um imposto sobre heranças;
- Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA);
- Participação de 5% no Imposto de Renda (IR) incidente sobre rendimentos de capital, inclusive lucros, devido à União, adicional a este.

Além desses impostos próprios, os estados viram-se beneficiados com o aumento das transferências constitucionais diretas de tributos federais com o FPE, que passou a reter 21,5% do IR e do IPI arrecadados pela União, em lugar de 14%, como antes de 1988. Ainda 10% dos recursos do IPI passaram a ser redistribuídos àqueles estados que exportam produtos industriais, proporcionalmente ao valor dessas exportações. Por sua vez, no que

concerne aos estados de regiões pobres, beneficiários do Fundo Especial para Fomento às Regiões Pobres, estes passaram a receber 4% (em vez de 3%) da arrecadação do IPI e do IR por meio dos bancos regionais de desenvolvimento.

Entretanto, tendo em vista o aumento das transferências dos estados aos municípios (explicitado a seguir), a disponibilidade final de recursos dos estados manteve-se praticamente igual, absorvendo em torno de 26% da arrecadação tributária global, pelo que os municípios ganharam mais com a reforma tributária.

Efetivamente, os municípios mantiveram o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto sobre Serviços e obtiveram dois novos tributos com a reforma tributária: o Imposto sobre Venda de Combustíveis a Varejo (IVCV) e o Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI). Contudo, é do aumento das transferências federais e estaduais que advém a maior parte dos ganhos tributários das esferas locais de governo:

- os municípios passaram a absorver, com o FPM, 22,5% (em lugar de 17%) do IPI e do IR;
- a União passou a transferir a eles 50% da arrecadação do ITR;
- os estados passaram a transferir aos municípios 25% (em lugar de 20%) da sua arrecadação de ICMS e, ainda, 50% do valor do IPVA arrecadado.

Dessa forma, as esferas locais de governo chegaram a reter 34% da carga tributária global brasileira no início dos anos 90. Em 2008, entretanto, retinham apenas 18,5% da receita disponível nacional, depois de importante movimento de recentralização tributária, efetuado a partir do final dos anos 90 pelo governo federal (Afonso, 2010). Esse movimento consistiu em aumentar a arrecadação de tributos que não são objeto de partilha com as esferas subnacionais de governo. O que se verificou, a partir de então, foi a elevação das alíquotas das contribuições sociais que ingressam no OSS e a criação de nova contribuição já referida, a CPMF, extinta em 2007.

Estima-se que a participação das três esferas de governo, em 2009, tenha se dado conforme o exposto na Tabela 9.

Tabela 9 – Federalismo fiscal. Brasil – 2009 (%)

Esfera de governo	Arrecadação própria	Receita disponível
União	67,9	56,3
Estados	26,0	25,2
Municípios	6,1	18,5
Total	100,0	100,0

Fonte: Afonso, 2010.

Resumindo, pode-se dizer que o financiamento do SUS, tão afetado pelo ajuste fiscal dos anos 90, teve considerável recuperação a partir da implementação da emenda constitucional n. 29. Ela se deu, fundamentalmente, mediante a maior participação das esferas subnacionais de governo, em especial os municípios, que, já em 2008, participavam com

29% dos recursos do SUS, e ainda com a retomada do protagonismo dos estados, que, no mesmo ano, contribuíram com 26% do financiamento do sistema. Apesar dessa recuperação, o crescimento total dos recursos – menos de 1% do PIB no acumulado das três esferas, fazendo o gasto público em saúde chegar a 3,77% do PIB em 2010 – ainda é insuficiente para colocar o Brasil mais próximo de outros países que também possuem sistema universal e cujo investimento público em saúde é equivalente, em média, a 6,5% do PIB.

Vale ainda lembrar que os resultados da emenda constitucional n. 29 poderão ser melhores, caso sejam corrigidos os problemas de não cumprimento da emenda e sejam tratadas, por regulamentação, situações que permitem perdas de recursos para o SUS. Para citar apenas dois exemplos, em 2008, último ano com análise completa dos balanços estaduais, o déficit de aplicação dos estados foi de aproximadamente R$ 3,0 bilhões. De acordo com a análise feita pela equipe do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), 13 estados apresentaram déficit de aplicação naquele ano. Outro problema que também precisa ser sanado diz respeito à não compensação de restos a pagar cancelados. Todo ano, percentual não desprezível das despesas empenhadas é transferido para pagamento nos exercícios seguintes. Esses empenhos, que foram contabilizados para fins de verificação de cumprimento da emenda, muitas vezes são cancelados. Somente o MS, única esfera em que se fez este levantamento, cancelou recursos no valor de R$ 2,6 bilhões entre 2000 e 2008.

Os dados referentes a 2008, disponibilizados pelo Siops e sistematizados na Tabela 10, mostram a distribuição regional do gasto público *per capita*. Em 2008 o gasto do SUS atingiu a cifra de quase R$ 109,7 bilhões, dos quais perto da metade foi executada pelo governo federal. Vale mencionar a diferença dos valores *per capita* do gasto federal nas diferentes regiões do país: enquanto o MS alocou à região Norte R$ 172,43 *per capita*, a região Sudeste, mais desenvolvida, recebeu dessa esfera de governo R$ 196,74 por habitante.

Oscilam também consideravelmente os valores *per capita* alocados por esfera de governo, segundo a região. Assim, o gasto estadual por habitante oscila entre R$ 102,56, no conjunto dos estados do Sul, e R$ 236,28, nos do Norte. Por sua vez, o gasto municipal *per capita* é mais elevado (R$ 232,09) no conjunto dos municípios da região Sudeste, mais ricos, mostrando-se inferior nos municípios nordestinos (R$ 119,61).

Tabela 10 – Distribuição do gasto *per capita* em ações e serviços públicos de saúde por região – 2008

Região	Gasto *per capita*			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
Norte	172,4	236,3	118,4	527,1
Nordeste	180,2	121,9	119,6	421,1
Sudeste	196,7	167,2	232,1	596,1
Sul	221,1	102,6	185,2	508,8
C. Oeste	187,9	222,3	146,2	556,4
TOTAL	269,2	154,5	178,5	602,2

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Ministério da Saúde e do IBGE.

Composição do gasto privado em saúde

Saiba mais sobre as características dos planos privados de saúde no capítulo 14.

Como se observa na Tabela 3, o gasto privado, no Brasil, é predominantemente constituído por pagamentos diretos, no ato da utilização de serviços, e secundariamente pelo gasto em planos e seguros de saúde.

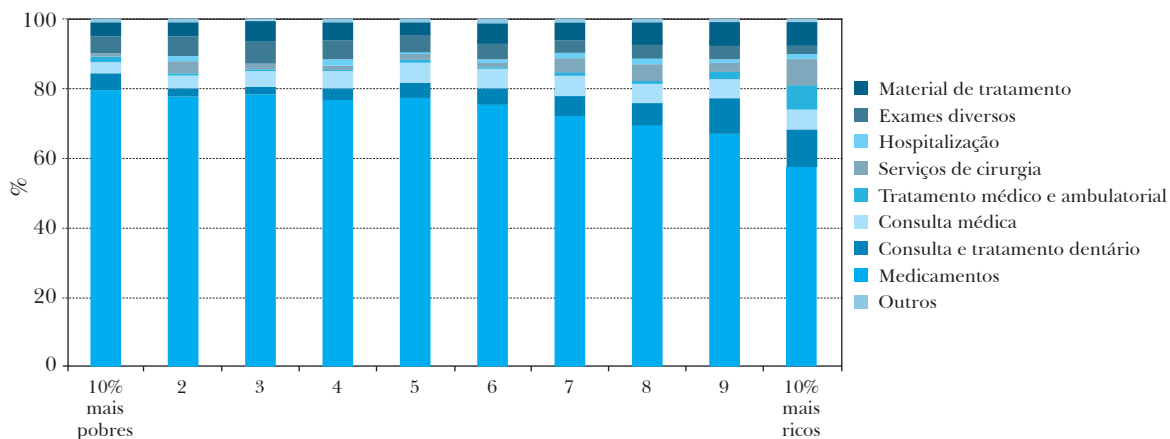
O Gráfico 1 exibe a composição percentual do gasto privado direto em saúde, por item de gasto e decil da população, ordenada pela renda familiar *per capita* com base em dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), do IBGE, de 2008.

Decil da população

A população de determinado país pode ser ordenada segundo o seu nível de renda. Assim, o primeiro indivíduo da série populacional será o mais pobre e o último, o mais rico.

O decil corresponde à segmentação em décimos dessa série populacional ordenada pela renda. Dessa forma, no primeiro decil estará o décimo da população constituído pelos indivíduos mais pobres, e o último decil será composto pelo décimo mais rico da população ordenada pela renda.

Chama a atenção o fato de que, para todos os decis de renda, os medicamentos representam o mais forte item de gasto privado direto, do mesmo modo que a participação dos gastos com medicamentos é expressivamente mais elevada quanto menor for a renda da população. Trata-se, sem dúvida, de objeto que requer significativa atuação da política pública, no sentido de proteger os segmentos de mais baixa renda desse gasto.

Gráfico 1 – Composição do gasto privado direto em saúde por decil de renda familiar *per capita*. Brasil – 2008

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, Pesquisa de Orçamento Familiar, 2008.

Em sentido inverso ao anterior, os gastos com tratamento dentário só são significativos nos decis superiores de renda. Trata-se aqui da questão de diferença de acesso, definida por restrições orçamentárias: podem pagar por serviços odontológicos as pessoas pertencentes aos estratos superiores de renda, tendo em vista a histórica ausência do sistema público na assistência odontológica, que só recentemente começou a ser modificada com a introdução da saúde bucal no Programa Saúde da Família.

Chama a atenção, ainda, a participação monótona do item 'exames diversos', que mostra que os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) penalizam igualmente os nove primeiros decis, seja qual for sua renda, e protege desse gasto o decil mais rico da população, provavelmente pelo fato de ser coberto com esquemas de saúde suplementar.

Para refletir
O Gráfico 1 mostra que os medicamentos representam o mais forte item de gasto privado direto e que a participação do gasto com medicamentos é expressivamente mais elevada quanto menor for a renda da população. O que isto sugere em termos da formulação da política de saúde?

No que concerne aos planos e seguros de saúde, os dados serão explorados no capítulo 14, sobre planos e seguros privados de saúde. Vale registrar, contudo, que o volume total de receitas da saúde suplementar aumentou em 107% no período de 2003 a 2008, enquanto a inflação acumulada no mesmo período foi de 41,7%. Houve, portanto, aumento real importante no volume das receitas desse setor. Outro elemento de destaque é que, tomando-se o ano de 2008, a saúde suplementar movimentou valor correspondente a cerca da metade do valor gasto pelo SUS, apesar de se destinar a uma população de aproximadamente 44 milhões de pessoas, enquanto o SUS se responsabiliza, de maneira formal, por toda a população brasileira, de 190 milhões de pessoas.

Alocação de recursos

O conceito de alocação de recursos é bastante abrangente e envolve desde os métodos utilizados para definir o custeio de unidades assistenciais e a compra de serviços, quando adota a denominação de modos de pagamento ou formas de remuneração de serviços, até a alocação de recursos financeiros por áreas geográficas. Nesta segunda seção, serão abordadas as diferentes formas de alocação geográfica dos recursos, analisando sua potencialidade para o alcance de distribuições mais equitativas. Serão sintetizadas as experiências internacionais e discutido o caso brasileiro.

Conceito de equidade

A preocupação com a conceituação do termo equidade tem-se mantido no centro das discussões de distintas áreas do conhecimento, dando lugar a numerosos trabalhos. Para começar, importa assinalar alguns aspectos observados nos trabalhos que abordam a temática da equidade e, em especial, da equidade em saúde. O primeiro relaciona-se ao emprego dos termos equidade e igualdade. Todos os autores trabalham com o termo 'equidade' no sentido de alcance do maior patamar de 'igualdade'.

Distinção importante entre tipos de igualdade é efetuada por Turner (1986), que relaciona os seguintes aspectos:

- A ideia de que existe igualdade ontológica entre os seres humanos funda-se na noção de igualdade ante Deus. Assim, esse tipo de igualdade seria inerente à condição de ser humano.

- A igualdade de oportunidades significa que o alcance das realizações pessoais depende do mérito individual, deixando aparentemente de lado distinções de riqueza e de condições sociais prévias, aparentemente, porque é fácil demonstrar a existência de diferenças de oportunidades. Pessoas que, por herança, partem de situações mais favoráveis, em relação tanto ao seu nível econômico quanto à posição social, têm mais oportunidades que outras que não contam com a mesma herança.
- A igualdade de condições leva em conta as desigualdades existentes nos pontos de partida (condições – *handicaps*; por exemplo: renda, educação) e é necessária para que a igualdade de oportunidades tenha significado real.
- A igualdade de resultados pretende compensar, para além das desigualdades de condições, as diferenças de talento e habilidade.

No âmbito da saúde, em particular, Julian Le Grand (1982) é um dos autores que mais contribuições têm trazido em relação à temática da equidade. Ele distingue, na literatura relacionada à temática, diferentes tipos de equidade concernentes à distribuição da despesa pública:

- o que objetiva a igualdade da despesa pública *per capita*;
- o que procura a igualdade de utilização, em que a despesa pública deverá favorecer a igualdade no consumo dos diferentes serviços;
- o que está referido à igualdade do gasto, para o qual os recursos públicos deverão ser alocados de forma tal que todos os indivíduos tenham o mesmo gasto pessoal por unidade de serviço utilizado;
- o que tem por finalidade a consecução da igualdade nos níveis de saúde por meio de distribuição da despesa pública orientada para obtenção de iguais resultados.

Destaca-se que, excetuando as distribuições estabelecidas em razão da igualdade de despesa e da igualdade de gasto, as restantes, para a efetiva operacionalização, deverão levar em conta fatores relativos à determinação biológica e social das necessidades da população, tratando desigualmente os desiguais. Ou seja: quem necessita mais deve receber mais. Outro aspecto importante na classificação apresentada está relacionado ao papel intervencionista do Estado no alcance de melhores patamares equitativos, já que se trabalha com base na distribuição da despesa pública em todos os casos.

Em trabalhos mais recentes, Le Grand (1988) afirma que a maioria dos tipos de equidade mencionados, por representar variações da mesma ideia ou dos mesmos objetivos, pode ser sintetizada em três: 1) tratamento igual para necessidades iguais; 2) igualdade de acesso; 3) igualdade de saúde.

Cabe destacar que, nesse caso, a igualdade de acesso é entendida como igualdade de custos pessoais para a obtenção de tratamento, incluindo variáveis como distância dos serviços e tempo de espera para o atendimento. Porém, o que é denominado pelo autor como simples síntese pode ser visto como mudança implícita no conceito de equidade, já que a nova classificação, em todos os casos e em alguma medida, está vinculada a fatores determinantes das desigualdades de necessidades existentes.

Por sua vez, Artells (1983) e Mooney (1983) consideram que é possível, com base na bibliografia existente, estabelecer distintas formas de definir operacionalmente equidade:

- igualdade de despesa *per capita*: pressupõe que a distribuição é equitativa quando efetuada em razão do tamanho populacional;
- igualdade de recursos *per capita*: incorpora à distribuição, realizada em base populacional, correções em razão das diferenças de preço observadas em cada região;
- igualdade de recursos para necessidades iguais: estabelece que, para obter distribuições equitativas, devem ser levadas em conta as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando correções com base tanto no perfil demográfico quanto no epidemiológico;
- igualdade de oportunidades de acesso para necessidades iguais: reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelo perfil demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo social do acesso (por exemplo: a distância aos serviços);
- igualdade de utilização para iguais necessidades: considera não só a distribuição da oferta e os custos sociais como também outros fatores condicionantes da demanda; neste caso deverá efetuar-se a discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde;
- igualdade nas condições de saúde: tem por objetivo a igualdade nos indicadores de saúde.

Como se pode observar, a tipologia apresentada por Le Grand, em 1982, está contemplada nas revisões realizadas por Artells e Mooney e, em termos gerais, cabem os comentários já efetuados. Importa assinalar também que, para distribuições regionais de recursos, são consideradas apropriadas exclusivamente as três primeiras definições operacionais mencionadas: igualdade de despesa *per capita*, igualdade de recursos *per capita* e igualdade de recursos para necessidades iguais (Mooney, 1983).

Encerrado esse ponto, é oportuno reiterar alguns aspectos observados nos trabalhos tomados como referência da temática da equidade e, em especial, da equidade em saúde.

O primeiro diz respeito ao emprego dos termos ‘equidade’ e ‘igualdade’. Como mencionado, todos os autores trabalham equidade no sentido de alcance do maior patamar de igualdade, diferenciando alternativas que, em alguns casos, vão desde a igualdade de despesa *per capita* até a igualdade de resultados. O segundo refere-se à conceituação do termo equidade. Ainda considerando que existem contribuições importantes para a construção de uma definição conceptual de equidade na maior parte dos trabalhos, observa-se a centralização nas definições operacionais e na escolha dos fatores mais adequados para sua implementação. Por último, verifica-se a existência de certo consenso, explícito ou implícito, quanto à necessidade de intervenção do Estado no processo distributivo.

Tomando como base o exposto, equidade pode ser entendida como o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas. Não existem propostas equitativas que tenham por objetivo final o alcance de maiores desigualdades. Pode ser este um dos fatores que motivam o uso indistinto dos termos equidade e igualdade.

Resultados equitativos, todavia, pressupõem redistribuições desigualitárias de recursos, produto de ajustes efetuados em razão das maiores necessidades de determinados grupos populacionais, dimensionadas com base nos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes.

Distribuições igualitárias – de recursos financeiros e físicos, por exemplo – que podem ser consideradas mais justas que outras distribuições, determinadas segundo a capacidade de barganha dos distintos grupos sociais, comprometem a obtenção de patamares mais igualitários nos resultados esperados, quando medidos em outras unidades que não a igualdade de recursos (igualdade de acesso, igualdade de uso).

Quanto ao que diz respeito mais especificamente à distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde, deve-se lembrar que é condição necessária – porém não suficiente – para o alcance do tratamento equitativo entre grupos sociais e entre indivíduos. Em razão do exposto, o critério mais apropriado é 'definição de recursos segundo necessidades', entendendo-se que as necessidades estão determinadas por um conjunto de fatores, dentre os quais sobressaem os biológicos e socioeconômicos. Assim, distribuições geográficas mais equitativas de recursos financeiros deveriam efetuar redistribuições em favor das regiões com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias, para as quais corresponderiam percentuais superiores aos estimados em razão do tamanho populacional.

Metodologias para alocação de recursos segundo necessidades populacionais: experiência internacional

Todas as propostas metodológicas para distribuição equitativa de recursos financeiros têm como ponto de partida as correspondentes bases populacionais. Entretanto, como a simples distribuição de recursos *per capita* desconsidera as desigualdades entre as estruturas populacionais dimensionadas em razão das variáveis sexo e idade, todas as propostas que realizam ajustes levam em conta o fato de que as necessidades de saúde das populações mudam segundo sua composição demográfica. Assim, por exemplo, crianças e idosos demandam mais serviços de saúde que as outras faixas etárias, ao passo que homens e mulheres em idade reprodutiva apresentam diferentes perfis de morbidade.

Outro ponto consensual entre as propostas é a necessidade de considerar as diferenças entre os custos médios dos tratamentos demandados pelos diferentes subgrupos populacionais. Crianças e idosos, além de demandarem mais serviços de saúde, requerem atendimentos que, em média, resultam mais caros do que os observados em outros grupos populacionais.

Um ponto fundamental entre as diferentes abordagens metodológicas é o reconhecimento de que a distribuição equitativa de recursos deve necessariamente incorporar uma *proxy* de necessidades, que permita dimensionar desigualdades relativas entre as condições sanitárias e socioeconômicas das populações das distintas áreas geográficas.

Proxy de necessidades
Dada a impossibilidade de dimensionar as necessidades populacionais por serviços de saúde de forma precisa, as diversas experiências têm optado por utilizar variáveis epidemiológicas e sociais sobre as quais existe evidência científica de associação positiva com as necessidades de saúde. Considera-se que esse conjunto de variáveis expressa de forma equivalente as necessidades populacionais por serviços de saúde, sendo denominado de *proxy* de necessidades.

Em síntese, a alocação de recursos para custeio deve ser realizada mediante sucessivos ajustes da base populacional, levando em conta o perfil demográfico, as desigualdades entre os custos dos tratamentos requeridos por segmento populacional e as desigualdades entre as necessidades de saúde. Porém, as propostas se diferenciam justamente na forma como é calculada a *proxy* de necessidades.

Cabe destacar que existem propostas mais simples e mais sofisticadas para dimensionar necessidades relativas, porém nenhuma delas consegue, nem conseguirá, captar totalmente todos os aspectos e a complexidade das necessidades de saúde das populações.

O país com mais experiência – e que tem servido de modelo a outros países que procuraram elaborar propostas de alocação geográfica de recursos com base no princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais – é a Inglaterra, que desde a década de 1970 adotou metodologia de alocação (Resource Allocation Working Party – RAWP), segundo a qual os recursos devem ser distribuídos em razão da população corrigida com base em três fatores: diferenças na estrutura de sexo e idade, outras necessidades de uso de serviços e variações regionais no custo da atenção médica (Department of Health and Social Security, 1976).

O problema central está sempre em como se obter uma *proxy* de necessidades relativas de uso de serviços de saúde além das determinadas pela estrutura de sexo e idade. Para tanto, na primeira formulação da fórmula RAWP, foram utilizadas as taxas de mortalidade específicas por causa, padronizadas por sexo e idade. Sua aplicação no Reino Unido, ao longo de mais de dez anos, produziu uma distribuição de recursos mais equitativa. Entretanto, a metodologia foi amplamente criticada, uma vez que não havia evidências empíricas para assumir que as taxas padronizadas de mortalidade estariam linearmente relacionadas às necessidades de uso de serviços de saúde.

Em 1985 foi proposta uma revisão da metodologia, cuja principal finalidade foi captar melhor as necessidades de saúde. As principais modificações sugeridas foram: reduzir o peso dado às taxas padronizadas de mortalidade e incorporar um indicador de necessidade social (Rice & Smith, 1999).

Essas modificações foram apenas parcialmente implementadas; o indicador de necessidade social não foi incorporado na fórmula de cálculo dos repasses financeiros.

Nos anos 90, Carr-Hill e colaboradores (1994) elaboraram nova proposta metodológica, centrada em dados de uso de serviços de saúde, para estimar a demanda potencial dos serviços gerada pelas necessidades de saúde.

Nova proposta metodológica

Partindo das críticas à formula RAWP, em 1994, pesquisadores da Universidade de York, Inglaterra, elaboraram uma nova e mais refinada metodologia para a alocação de recursos de custeio com base nas necessidades de saúde (Carr-Hill *et al.*, 1994). O que a caracteriza é empregar dados sobre o uso de serviços de saúde para estimá-lo com base nas necessidades de saúde da população. A metodologia tem como referencial teórico o modelo de demanda aos serviços de saúde, cujos determinantes fundamentais são as necessidades de saúde da população e as características da oferta de serviços. No relatório da pesquisa Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos (Porto *et al.*, 2003), apresenta-se detalhadamente a metodologia proposta por Carr-Hill e colaboradores (1994) para estimar uma *proxy* das necessidades de saúde com base em um modelo de uso, e discute-se sua aplicabilidade no caso brasileiro, para o qual, cabe destacar, essa metodologia mostrou-se pouco apropriada.

Alocação geográfica de recursos financeiros no Brasil

Um aspecto que tem particular importância no desenvolvimento do SUS é a forma de participação federal no financiamento do sistema, fundamentalmente pelo caráter descentralizador, pela hegemonia fiscal da União e sua proposta redistributiva. A participação federal no financiamento do sistema público era superior a 70% do gasto das três esferas no primórdios do SUS, hoje está em torno de 45%.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde estabeleceram os princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais se destacam: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade no atendimento e descentralização político-administrativa.

Essas características do SUS, particularmente o princípio da igualdade no atendimento e a diretriz de descentralização da gestão para estados e municípios, somadas às reconhecidas desigualdades regionais e ao fato de que boa parte dos recursos do sistema é arrecadada pela esfera federal, tornaram a questão dos critérios de distribuição e dos mecanismos de transferência de recursos de extrema relevância para a organização mais equilibrada do sistema.

Não é por outro motivo que a lei 8.080/90, em seu artigo 35, já estabelecia uma série de critérios a serem utilizados na distribuição dos recursos federais para estados e municípios. Diante das dificuldades de regulamentação desse artigo, ainda em 1990, a lei 8.142 definiu o critério, basicamente populacional, para as transferências do SUS para estados, Distrito Federal e municípios.

Em 1991, instituiu-se um sistema de alocação de recursos estruturado fundamentalmente na remuneração dos serviços produzidos, tanto ambulatoriais como hospitalares. O financiamento das internações era realizado por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) faturadas pelos diferentes prestadores de serviços, remuneradas por procedimento e não pela quantidade de atos médicos efetuados em cada internação. Por sua vez, as atividades ambulatoriais eram remuneradas com base nos valores estabelecidos em tabela específica para cada tipo de atendimento ambulatorial.

Esse modelo alocativo deu continuidade a uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada, sabidamente concentrada nas regiões com melhores condições socioeconômicas e sanitárias. Como resultado, longe de diminuir as diferenças existentes, no mínimo contribuiu para sua consolidação, já que desconsiderava qualquer tipo de critério tendente a compensar ou diminuir as desigualdades.

Cabe destacar que, além dos problemas aqui indicados, essa sistemática de financiamento reduziu a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo. Também estabeleceu relação de compra-venda de serviços com as instâncias locais públicas, passando a tratá-las como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, como se atuassem por delegação ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização.

Em 1993, por meio da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, foram introduzidas mudanças que caminharam em direção à retomada do processo de descentralização do sistema. Foram estabelecidos três estágios de autonomia de gestão das esferas infranacionais: 'incipiente', 'parcial' e 'semiplena'. Neste último, as secretarias estaduais e municipais de Saúde, atendido o cumprimento de alguns pré-requisitos, passaram a receber um volume global de recursos (repasses fundo a fundo) para cobertura assistencial e a dispor sobre a sua aplicação.

Os repasses fundo a fundo, caracterizados por serem regulares e automáticos, tiveram grande importância para o deslanchar do processo de descentralização da gestão para estados, Distrito Federal e municípios. Esse tipo de repasse foi viabilizado pelo decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Também foram criadas, nesse período, as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, sem dúvida outro grande avanço no sentido da construção de um espaço de concertação das políticas setoriais entre as três esferas de governo.

Para conhecer as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, consulte o capítulo 12, sobre o SUS.

No que tange à distribuição geográfica dos recursos, apesar das modificações introduzidas – automatismo e repasse global dos recursos para a assistência médico-hospitalar –, perpetuou-se a distribuição observada em 1991, ao manter os antigos critérios de alocação para as instâncias locais que não preenchessem os requisitos e responsabilidades estabelecidos para os estágios de gestão mais avançados e, também, ao estimar os repasses fundo a fundo a partir da série histórica dos valores alocados.

Essa sistemática de alocação continuou sendo utilizada até 1998, ano em que foram introduzidas importantes mudanças, que tinham sido aprovadas pela NOB 01, na estrutura do financiamento e nas formas de repasses do nível federal para as instâncias subnacionais (estados e municípios). As principais inovações efetivamente implementadas, mantidas até hoje, foram:

1) a criação de valor *per capita* para o custeio de procedimentos de atenção básica (o Piso de Atenção Básica ou PAB);

2) a criação de incentivos financeiros para o desenvolvimento de programas específicos de atenção básica, em especial para a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

Em relação à assistência de média e alta complexidade, foram definidos tetos financeiros em razão dos valores historicamente repassados, com os quais não se modificou substancialmente a estrutura de financiamento, uma vez que os tetos reproduziram a estrutura tradicional de remuneração por serviços produzidos.

Por sua vez, as modalidades de gestão de estados e municípios foram reduzidas a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. Havia ainda a situação de 'não habilitado', já existente e aplicável àquelas unidades da federação que não cumprissem os requisitos mínimos de habilitação. A gestão plena do sistema, além de possibilitar a estados e municípios a governança sobre a prestação de serviços médico-assistenciais, conferiu-lhes autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo na sua esfera de governo, isto é, todas as ações relativas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Para conhecer a regulamentação do SUS, leia o capítulo 12.

Destaca-se que, por um lado, se existiu aumento das transferências fundo a fundo em detrimento do repasse efetuado com base na remuneração de serviços produzidos nos últimos anos da década de 1990; por outro, as transferências foram efetuadas vinculadas à realização de programas específicos.

Carvalho (2002) identificou cerca de oitenta vinculações nas transferências efetuadas pelo Ministério da Saúde em 2001. O repasse de recursos com destino predefinido pelo ministério e a consequente perda de autonomia das instâncias locais para aplicá-los em razão de suas correspondentes necessidades transformam o princípio organizacional da descentralização em apenas desconcentração de recursos. Cabe destacar que no Pacto pela Saúde

de 2006 foram estabelecidos exclusivamente cinco blocos para transferências de recursos financeiros: atenção básica; média e alta complexidade da assistência; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão. A implementação dos blocos trouxe maior flexibilidade na utilização dos recursos, mas quase não alterou os critérios distributivos.

Finalmente, assinala-se que o critério distributivo adotado no Brasil não leva em conta as desigualdades nas necessidades populacionais por serviços de saúde, já que não incorpora as variáveis determinantes das necessidades relacionadas a aspetos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos para definição dos repasses.

Resumindo-se, pode-se dizer que nos repasses federais para estados, Distrito Federal e municípios é adotada uma série de critérios, alguns com base populacional, mas sem os devidos ajustes que deveriam ser feitos em função das diferentes condições regionais. Ademais, em paralelo a um processo de distribuição mais equitativa dos recursos para custeio, deveriam ser implementados programas de investimento para aumentar a oferta pública de serviços nas regiões mais desassistidas, condição essencial para redução das desigualdades.

Para refletir
Considerando as formas de repasses de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, identifique os critérios utilizados para definir os montantes a serem repassados e avalie quais podem levar a uma distribuição geográfica baseada na equidade.

Considerações finais

Em que pesem os avanços do SUS, principalmente na reformulação do seu modelo assistencial com a expansão da Estratégia Saúde da Família e da ampliação do acesso – quando comparados, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2003 e 1998 mostram importante aumento da utilização de serviços ambulatoriais e hospitalares, no âmbito do SUS –, ainda é preciso elevar a participação das três esferas de governo no volume de recursos aplicados ao setor. Ao se comparar a participação do gasto público com saúde no PIB e o percentual do gasto público no total do gasto em saúde no Brasil – assim como o valor *per capita* do gasto público em saúde – com os demais países que adotaram sistemas nacionais de saúde, observa-se que é ainda muito baixo o investimento do Estado brasileiro no campo da saúde.

Além de gastar mais, é necessário gastar melhor, ou seja, orientar o gasto segundo estudos de avaliação tecnológica e protocolos clínicos que indiquem a melhor forma de organizar e compor a gama de serviços incorporada em cada tipo de cuidado à saúde. Ainda são escassos os serviços que incorporam tais práticas no Brasil; assim, a demanda por exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos, praticada pelos médicos por meio da relação de agência com os usuários, é ainda, na maior parte das vezes, induzida pela oferta de equipamentos e medicamentos, em vez de ser orientada por protocolos que indiquem qual é a forma mais custo-efetiva de compor o conjunto de ações para o cuidado à saúde.

Por sua vez, a alocação de recursos do Ministério da Saúde às secretarias estaduais e municipais de Saúde, que ganhou com a implantação do Pacto pela Saúde 2006 maior ra-

cionalidade, tendo em vista a agregação de quase uma centena de transferências em apenas cinco grupos, requer a incorporação de critérios de equidade. Para isso, uma distribuição equitativa de recursos para custeio deve partir de bases populacionais (transferências com base em valores *per capita*), mas necessariamente incorporar uma *proxy* de necessidades, que permita dimensionar desigualdades relativas entre as condições sanitárias e socioeconômicas das populações das distintas áreas geográficas.

Leituras recomendadas

ANDERSON, G. & POULLIER, J. P. Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. *Health Affairs*, 18(3): 178-192, 1999.

MOSSIALOS, E. & DIXON, A. Funding health care: an introduction. *In*: MOSSIALOS, E. *et al*. (Eds.) *Funding Health Care: options for Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002. (European Observatory on Health Care Systems Series).

UGÁ, M. A. & MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Sites de interesse

Organização Mundial da Saúde – World Health Statistics – Relatório anual com as mais recentes estatísticas de saúde para os estados-membros. A Tabela 7 mostra indicadores de gastos em saúde de todos os países-membros: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics

Sistema de Informações sobre Orçamento Público da Saúde (Siops) – Ministério da Saúde – Informações sobre o gasto das três esferas do governo com ações e serviços públicos de saúde e indicadores correlatos: http://portal.saude.gov.br//PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671

IBGE – Contas de saúde do Brasil – retrato econômico do setor saúde no país, incluindo a saúde pública, o mercado de serviços privados de saúde e a fabricação e venda de medicamentos e equipamentos de saúde: www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saúde/default.shtm

Biblioteca Virtual em Saúde – Tema Economia da Saúde – informações, artigos e endereços de *sites* de economia da saúde: http://economia.saude.bvs.br/php/index.php

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Informações de apoio aos gestores do SUS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, edição revisada e ampliada e atos normativos do SUS: www.conass.org.br

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – Lista de artigos e publicações relacionados a diversos temas de interesse da política de saúde: http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html

Referências

AFONSO, J. R. *Descentralização Fiscal e Financiamento da Saúde: algumas ideias ou provocações*. Brasília, DF, 1994. (Série Economia e Financiamento, v. 4).

AFONSO, J. R. *Federalismo, Sistema Tributário e Fiscal: avaliação do caso brasileiro*. Seminário Ipea. Brasília, 22 set. 2010.

ANDERSON, G. & POULLIER, J. P. Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. *Health Affairs*, 18(3): 178-192, 1999.

ARTELLS, J. Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización y acceso. *In*: ARTELLS, J. (Org.) *Planificación y Economía de la Salud en las Autonomías*. Madri: Masson, 1983.

BARROS, E. *Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n. 4).

BARROS, M. E; PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. *Políticas de Saúde no Brasil*: *diagnóstico e perspectivas*. Brasília: Ipea, 1996. (Texto para Discussão, n. 401).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. *A Implantação da EC 29: apresentação dos dados do Siops, 2000 a 2003*. Brasília, 2005.

CARR-HILL, R. A. *et al*. *A Formula for Distributing NHS Revenues Based on Small Area Use of Hospital Beds*. Occasional Paper. Centre for Health Economics. York: University of York, 1994.

CARVALHO, G. *Financiamento Público Federal do Sistema de Saúde: 1988-2001*, 2002. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *O Financiamento da Saúde*. Brasília: Conass, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n. 3).

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. *Sharing Resources for Health in England Report of the Resource Allocation*. Working Paper. Londres: Health Maintenance Organizations (HMO), 1976.

KOTLIKOFF, L. & HAGIST, C. *Who's Going Broke? Comparing healthcare cost in ten OECD countries*. Working Paper 11833. Cambridge: National Bureau of Economic Research, dez. 2005.

LE GRAND, J. *The Estrategy of Equity: redistribution and social servic*es. Londres: George Allen and Unwin, 1982.

LE GRAND, J. Equidad, salud y atención sanitaria. *In*: SALUD Y EQUIDAD. JORNADA DE ECONOMIA DE LA SALUD, VIII. Espanha, 1988.

MÉDICI, A. *Gastos com Saúde nas Três Esferas de Governo: 1980-1990 – o financiamento da saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1994.

MÉDICI, A. & MARQUES, R. *Saúde: entre gastos e resultados*. São Paulo: Iesp/ Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), 1993. (Mimeo.).

MENDES, A. & MARQUES, R. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. *In*: MARQUES, R. & FERREIRA, M. (Orgs.) *O Brasil sob a Nova Ordem: a economia brasileira contemporânea – uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2009.

MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1: 179-185, 1983.

MOSSIALOS, E. & DIXON, A. Funding health care: an introduction. *In*: MOSSIALOS, E. *et al*. (Eds.) *Funding Health Care: options for Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002. (European Observatory on Health Care Systems Series).

NORONHA, J. & UGÁ, M. A. O sistema de saúde dos Estados Unidos. *In*: BUSS, P. & LABRA, M. E. (Orgs.) *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Health at a Glance: OECD indicators, 2005*. Disponível em: <www.oecd.org/document>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World Health Report 2010*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

PORTO, S. M. *et al*. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, 27(65): 376-388, 2003.

RICE, N. & SMITH, P. *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: an international survey*. Occasional Paper. Centre for Health Economics. York: University of York, 1999.

SERVO, L. M. S. *et al*. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências *In*: MELAMED, C. & PIOLA, S. F. (Orgs.) *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011.

TURNER, B. *Equality*. Londres: Tavistock Publications, 1986.

UGÁ, M. A. D. *Propostas de Reforma do Setor Saúde nos Marcos do Ajuste Macroeconômico*, 1997. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

UGÁ, M. A. & MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

UGÁ, M. A. & SANTOS, I. *Uma Análise da Equidade do Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro*. Relatório de Pesquisa, 2005. (Mimeo.)

VIANNA, S. M. A seguridade social, o Sistema Único de Saúde e a partilha dos recursos. *Saúde e Sociedade,* 1(1): 43-58, 1992.

WAGSTAFF, A.; RUTTEN, F. & VAN DOORSLAER, E. (Eds.) *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an international study*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

14. Planos e Seguros Privados de Saúde

Ligia Bahia
Mario Scheffer

A natureza, a forma e o grau de intervenção estatal na regulação da oferta e demanda de recursos envolvidos com as redes de cuidados e serviços de saúde mantêm correspondência com a extensão do direito à saúde e com os diversos tipos de sistemas organizados para efetivá-lo. Nos países da Europa central, na Escandinávia, na Austrália, na Nova Zelândia e no Japão, as coberturas por planos e seguros privados de saúde são residuais, isto é, abrangem parcelas reduzidas da população e, em determinadas circunstâncias, restringem-se a complementar a oferta de cuidados e serviços públicos. Nações que concentram um elevado contingente populacional, como Bangladesh, China, Índia, Indonésia, Nigéria e Paquistão, destinam relativamente poucos recursos públicos para seus sistemas de saúde e tampouco possuem coberturas expressivas de planos e seguros privados. Nesses países, a assistência institucionalizada à saúde é obtida fundamentalmente mediante pagamento direto a profissionais e estabelecimentos de saúde.

Já nos Estados Unidos, até o início deste século, a responsabilidade direta das instituições governamentais era restrita aos idosos e a indivíduos e famílias com rendimentos situados abaixo da linha da pobreza. Os demais segmentos da população eram cobertos por seguros de saúde financiados pelas empresas empregadoras ou pelos orçamentos familiares. Assim, os níveis elevados de renda da população americana e a proeminência do país no desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e assistenciais tornaram os seguros e planos privados a principal alternativa para a organização da assistência médico-hospitalar. No entanto, o sistema orientado pela lógica do mercado foi considerado incapaz de responder efetivamente aos problemas de saúde da população e, em março de 2010, foi aprovada uma legislação que estabelece as bases para a constituição de um sistema de saúde para todos os cidadãos americanos.

No continente americano, o Brasil, a Costa Rica, o Canadá e Cuba destacam-se por considerarem que o direito à saúde é universal. Outros países dispõem de normas legais que legitimam a segmentação de seus sistemas de saúde. No entanto, ao contrário dos congêneres continentais que adotaram sistemas universais, no Brasil o sistema público convive com um considerável mercado privado de planos e seguros de saúde.

Planos e seguros de saúde

As principais diferenças entre planos e seguros de saúde são: 1) quanto à natureza das empresas que comercializam os contratos, as seguradoras integram o sistema financeiro, enquanto as empresas de planos são regidas por outro ordenamento jurídico e tributário; 2) em decorrência da natureza do contrato de seguro, os seguros de saúde necessariamente admitem a livre escolha dos prestadores de serviços mediante reembolso, enquanto para as empresas de planos de saúde a modalidade de reembolso é opcional.

No Brasil, frequentemente, tanto os clientes de planos de saúde quanto os de seguros de saúde utilizam serviços prestados pelos profissionais e estabelecimentos credenciados (também denominados conveniados ou referenciados), normalmente divulgados em livros (os livretos do plano). A liberdade de escolha de profissionais ou estabelecimentos que não constam nas listas das empresas de planos ou seguros depende dos valores de reembolso previstos.

Em termos mundiais, as coberturas por planos e seguros privados de saúde não são significativas. No entanto, os Estados Unidos e seus modelos de formação de profissionais da saúde exercem forte influência no contexto internacional. Isso confere aos planos e seguros privados um lugar especial na prática e no debate sobre perspectivas de organização dos sistemas de saúde, cuja opção por formas institucionais privadas de intermediação financeira e prestação de serviços contrapõe-se à dos sistemas baseados na oferta pública de cuidados e assistência à saúde.

Os planos e seguros de saúde, concretizados por meio de contratos – individualizados ou derivados do contrato de trabalho, na forma de benefícios indiretos – de prestação de serviços/reembolso de despesas entre entes privados, representam uma parte das relações estabelecidas no âmbito privado de atenção à saúde. Dessa maneira, ao falar de mercado e sistema privado de saúde, não se deve ignorar a presença de formas diretas de acesso e utilização de serviços privados, aquelas caracterizadas pela procura de um profissional ou serviço particular, paga no momento do atendimento e não reembolsável. Além disso, outras empresas e indústrias privadas que atuam em ramos diferentes também integram o complexo produtivo da saúde.

Para um exame mais acurado dos sistemas de saúde, é relevante diferenciar as modalidades institucionalizadas públicas e privadas – redes públicas e planos e seguros privados –, que são responsáveis ou intermedeiam as relações com profissionais e estabelecimentos de saúde, daquelas que são acessíveis mediante livre oferta e consumo dos serviços de saúde. Enquanto as modalidades de oferta e consumo de serviços de saúde, precipuamente reguladas pelas corporações profissionais, baseiam-se nas relações diretas entre clientes e prestadores de serviços, os planos e seguros privados envolvem contratos que expressam relações coletivas, materializados por meio da constituição de fundos, de provisões comuns.

Por sua vez, esses fundos, constituídos pelas prestações pagas pelos clientes, fundamentam-se na lógica de contribuição definida – seja um valor igual para todos os participantes, seja um percentual da folha de salários, sejam valores diferentes para distintos riscos (o exemplo mais frequente é a elevação do valor do pagamento do plano/seguro de acordo com o aumento da idade) – e no benefício variável. Os indivíduos – em nome dos quais uma empresa empregadora aporta recursos, ou aqueles que contribuem para os fundos – utilizam essas provisões heterogeneamente (a utilização é condicionada pelo *status* de saúde). Essa

racionalidade essencialmente coletiva – presente inclusive nos planos e seguros denominados individuais/familiares – afasta os planos e seguros de saúde das definições simplificadoras de mercado.

A rigor, a definição de mercado, se considerada apenas como lugar de troca entre livres e informados compradores e vendedores individuais de serviços, praticamente inexiste na saúde. São instituições de ensino e corporações profissionais que regulam e autorizam o trabalho dos profissionais da saúde e, ao lado de órgãos governamentais, normatizam as práticas assistenciais. A relevância social dos problemas e das necessidades de saúde, bem como a complexa trama institucional voltada para atender a eles, tornam o mercado de serviços e de planos e seguros de saúde singular.

Na saúde, o 'vendedor' de serviços necessita da prévia aprovação de uma instituição (como as de formação profissional) para atuar no 'mercado', e os 'compradores' não escolhem necessariamente os 'produtos' pelos menores preços. Os produtos da saúde não podem ser produzidos, nem vendidos ou comprados por qualquer cidadão. Consequentemente, é necessária a intermediação institucional para regular a oferta dos prestadores de serviços e os custos dos procedimentos.

Ainda assim, pode-se dizer que a dinâmica estabelecida entre a demanda e a oferta de serviços privados de saúde, quando estas não são intermediadas por empresas de planos e seguros, aproxima-se mais do conceito corrente de mercado do que aquela resultante da interveniência de empresas de planos e seguros privados de saúde. Ou, em termos sintéticos, que o conceito tradicional de mercado ajusta-se melhor às relações diretas entre consumidores e prestadores de serviços.

As interrogações que acompanham os debates sobre o significado atual e as tendências dos mercados de serviços e os de planos e seguros de saúde não são neutras. Na verdade, elas embutem tanto concepções sobre o significado de mercado como também valorações – positivas ou negativas – acerca de seus efeitos econômicos e sociais.

Não existe uma resposta unívoca para a pergunta: afinal de contas, a tendência é de privatização ou de publicização? A mera polarização pode encobrir matizes importantes para compreender os sistemas de saúde. Não há dúvidas sobre o processo de ampliação das atribuições públicas dos sistemas de saúde – expresso no incremento dos orçamentos governamentais, da capacidade instalada de estabelecimentos de prestação de serviços e coberturas. Simultaneamente, não se pode deixar de registrar o aumento de serviços privados em áreas não cobertas pela oferta pública, como ocorre com os cuidados e serviços abrigados sob o título de medicina estética, além dos itens do repertório da atenção odontológica e de determinados medicamentos de uso ambulatorial.

No Brasil, a despeito de uma legislação segundo a qual a "saúde é direito de todos e dever do Estado", convivemos com a vigência de padrões diferenciados de organização das redes de atenção à saúde. Tal circunstância sugere perguntas específicas sobre o papel do mercado de planos e seguros de saúde. Nesse sentido, nossos questionamentos direcionam-se antes à viabilidade da universalização do direito à saúde do que às vantagens e desvantagens de cada uma das alternativas de organização da atenção à saúde.

Desse modo, a reflexão sobre as origens dos planos e seguros de saúde, suas trajetórias e a composição dos elementos que os estruturam raramente se dissocia daquela que envolve as possibilidades e os limites da transformação das premissas formais do Sistema Único de

Saúde (SUS) em direito real de cidadania. Frequentemente, os argumentos sobre a imprescindibilidade do mercado de planos e seguros de saúde, para aliviar o SUS de uma carga de clientes que o onerariam, desviam o debate dos trilhos econômico-epidemiológicos para uma via político-ideológica. Contudo, a passagem de um registro mais técnico-científico a outro fortemente impregnado de juízos de valor nem sempre é claramente enunciada.

O mapeamento de algumas das características do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil deve ser tomado apenas como um referencial para subsidiar a compreensão sobre as singularidades e um guia para acompanhar desenvolvimentos futuros do sistema de saúde no Brasil. Portanto, nossas indagações a respeito dos rumos do sistema de saúde são similares às de outros países. Compete-nos identificar as diferenças e avaliar a adequação dos modelos de organização do financiamento e da rede de cuidados e serviços de saúde à realidade nacional.

Considerando a necessidade de aquilatar as dimensões das coberturas dos planos e seguros privados de saúde no Brasil, analisar os traços comuns e singulares dos sistemas de saúde em que se fazem presentes, bem como discernir as especificidades nacionais, o presente capítulo subdivide-se em quatro partes. Inicialmente, comparam-se determinadas características dos planos e seguros de saúde de outros países com a situação de coberturas privadas no Brasil. Na sequência, examinam-se, em uma perspectiva histórica, a natureza da organização nacional dos planos e seguros, quem são seus demandantes e os atributos empresariais/institucionais da oferta. Por fim, a legislação que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde é apresentada resumidamente.

Impacto e papel dos planos e seguros de saúde nos sistemas de saúde de países selecionados

Nos países ocidentais, a importância dos planos e seguros de saúde é muito diferenciada. Eles constituem a principal forma de acesso a serviços de saúde nos Estados Unidos, ao passo que quase inexistem nos países escandinavos. As inclinações pelo público em relação ao privado e vice-versa fundamentam-se em teorias, mas frequentemente as comparações das vantagens e desvantagens pragmáticas dos sistemas de saúde sobrepujam os argumentos conceituais. Os que defendem a primazia do privado ressaltam sua maior eficiência, capacidade de resposta aos desafios tecnológicos e, portanto, maior flexibilidade às inovações do que o setor público. Aqueles que destacam os méritos do público afirmam que a universalidade, acompanhada quase sempre por uma forte oferta de serviços estatais (ou particulares financiados com recursos públicos), propicia ganhos de equidade e efetividade – isto é, a inclusão dos que mais necessitam de atenção e cuidados em saúde resulta em melhores indicadores de saúde.

Essas polêmicas revigoram-se no debate sobre as alternativas antevistas para redução dos gastos com saúde. Os argumentos dos defensores das alternativas centradas nos planos e seguros de saúde consideram que a necessidade de atrair clientes e obter lucros – portanto, a competição entre as empresas privadas – pressiona a diminuição de preços e assegura a melhor qualidade dos serviços. Em contraposição, os adeptos dos sistemas universais demonstram que, a par das iniquidades, os custos administrativos e assistenciais dos sistemas

baseados em múltiplas organizações de compra de serviços de saúde são extremamente elevados, terminando por comprometer a possibilidade de acesso oportuno e adequado e a qualidade da atenção prestada.

Tais disputas refletem-se nas dimensões das coberturas e dos gastos relacionados com os planos e seguros privados de saúde. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes a 2007, do total de US$ 5,3 trilhões gastos com saúde no mundo, 60% foram despendidos diretamente por órgãos governamentais, 18% corresponderam aos gastos com planos e seguros privados de saúde, 18% referiram-se àqueles denominados de desembolso direto e 4% a outros tipos de gastos (WHO, 2011a).

Os Estados Unidos possuem o único sistema de saúde no qual os planos e seguros privados de saúde representam a principal forma de cobertura e financiamento dos serviços. Na França, na Austrália, na Alemanha e no Canadá, a participação dos planos e seguros privados limita-se a 10% a 15% do total de gastos com saúde. Na Espanha, na Itália, na Nova Zelândia, no Japão, no Reino Unido e na Áustria, os gastos com planos e seguros privados de saúde situam-se entre 4% e 10% do total de gastos com saúde (OECD, 2010).

Em razão da extensão das coberturas e da magnitude e da natureza das fontes de financiamento, as funções assistenciais dos planos e seguros de saúde variam nos diversos contextos nacionais. Nos Estados Unidos, representam a única alternativa institucionalizada de cobertura; em outros países, preenchem lacunas assistenciais do sistema público e, em algumas nações, se sobrepõem às ações, aos serviços e aos programas governamentais.

Verificam inconformidades entre a intensidade da intervenção estatal e a presença de instituições privadas que administram e comercializam os planos e os seguros. Assim, as tipologias excessivamente simplificadas dificultam o entendimento da variabilidade da presença de planos e seguros de saúde nos diversos sistemas de saúde. As definições restritas de planos e seguros privados de saúde (somente aos contratos individuais voluntários) de certos estudos que são adequadas à análise dos europeus perdem potência para a análise dos sistemas de saúde dos Estados Unidos e países da América do Sul e da África. Perante os prováveis equívocos de uma categorização que reduza a acuidade das interpretações, diversos estudiosos do tema optam por descrever a variabilidade da inserção dos planos e seguros privados nos sistemas de saúde contemporâneos.

Nessa mesma linha, o Quadro 1 apresenta informações sobre gastos e coberturas de países selecionados. Para descortinar um panorama mais geral das coberturas dos planos e seguros privados de saúde, além das coberturas financiadas por fontes privadas, foram incluídos esquemas governamentais de assistência à saúde, baseados na oferta de seguros ou planos de saúde privados financiados diretamente com recursos públicos. Essa definição admite quatro modalidades de planos ou seguros privados de saúde: 1) os gerados por contratos voluntários individuais ou familiares; 2) os originados por contratos coletivos voluntários (entre empresas empregadoras e empresas privadas de planos e seguros de saúde); 3) os originados por contratos coletivos obrigatórios entre empresas empregadoras e empresas privadas de planos e seguros de saúde; 4) os provenientes de contratos obrigatórios entre instituições governamentais e empresas privadas de planos e seguros de saúde, cujos destinatários são indivíduos definidos por atributos etários, *status* de saúde e/ou renda.

Quadro 1 – Coberturas de planos e seguros privados de saúde em países selecionados – vários anos

Países	% popul. coberta	Segmentos populacionais	Características das coberturas	Contratantes
EUA (2011)	83,7[1,3]	Empregados com vínculos formais (53,3%)	VOLUNTÁRIA/PRINCIPAL (64,0%)	Empresas empregadoras e empresas de planos e seguros de saúde
		Indivíduos/famílias com maior renda (9,8%)		Indivíduos/famílias e empresas de planos e seguros de saúde
		Famílias abaixo da pobreza, crianças, gestantes portadoras de condições especiais (15,9%)	OBRIGATÓRIA/PRINCIPAL (31,0%) Programa governamental Medicaid	Governos federal e estaduais e empresas de planos e seguros de saúde
		Indivíduos acima de 65 anos (14,5%)	Programa governamental Medicare	Governos federal e estaduais e empresas de planos e seguros de saúde
		Militares (4,2%)	Champus,* Champva,** Tricare e outros	Sistema de saúde dos militares, departamento de veteranos e empresas de planos e seguros de saúde
Colômbia (2009)	94,0 [1,2,3]	Empregados com vínculos formais e contribuintes autônomos da previdência social (37,8%)	OBRIGATÓRIA/PRINCIPAL Inclui coberturas do Instituto de Seguro Social e de empresas promotoras de saúde lucrativas (regime contributivo)	Instituto de Seguridade Social, empresas empregadoras e empresas de planos de saúde
		População de maior renda vinculada diretamente a seguradoras privadas (1,8%)	VOLUNTÁRIA/DUPLICADA Não exime a vinculação à cobertura obrigatória	Indivíduos/famílias e empresas privadas de planos e seguros de saúde
		População de menor renda (51,1%)	OBRIGATÓRIA/PRINCIPAL Os contratos de seguro podem ser administrados por instituições não lucrativas (regime subsidiado)	Governos federal e estaduais e empresas (lucrativas ou não comerciais) de planos de saúde
Brasil (2008)	25,9	Empregados com vínculos formais (16,4%)	VOLUNTÁRIA PRINCIPAL/ VOLUNTÁRIA SUPLEMENTAR	Empresas empregadoras e empresas de planos e seguros de saúde
		Indivíduos/famílias com maior renda (9,4%)	VOLUNTÁRIA PRINCIPAL/ VOLUNTÁRIA SUPLEMENTAR	Indivíduos/famílias e empresas privadas de planos e seguros de saúde
Chile (2009)	16,4[2]	Contribuintes da Previdência Social (21%)	OBRIGATÓRIA/PRINCIPAL Contratos de seguro administrados por empresas lucrativas e empresas não comerciais	Empresas empregadoras e empresas de planos de saúde
África do Sul (2008)	16,0	Indivíduos e famílias de maior renda, empregados de firmas estrangeiras	VOLUNTÁRIA/PRINCIPAL	Empresas empregadoras/indivíduos/famílias e empresas privadas de planos e seguros de saúde
Reino Unido (2007)	12,0	Parte dos indivíduos e famílias de maior renda	VOLUNTÁRIA/Duplica a cobertura organizada pelo governo para a população	Indivíduos/famílias e empresas privadas de planos e seguros de saúde
Suécia (2007)	Desprezível	Parte dos indivíduos e famílias de maior renda	VOLUNTÁRIA/Duplica a cobertura organizada pelo governo para a população	Indivíduos/famílias e empresas privadas de planos e seguros de saúde

* Champus (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services); ** Champva (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs).

[1] Programas públicos. [2] Programas previdenciários (previdência social). [3] Superposição de cobertura. As estimativas por tipo de cobertura não são mutuamente exclusivas. As pessoas podem ser cobertas por mais de um tipo do seguro de saúde durante o ano.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de: U.S. Census Bureau, 2010, 2011; Kleinert & Horton, 2009; Colombia, 2011; Chile, 2011; OECD, 2010.

Segundo as informações coligidas, os países que dispõem das maiores coberturas dos planos e seguros privados de saúde são os Estados Unidos e a Colômbia. Neles, os papéis das fontes e instituições públicas e privadas envolvidas com as coberturas dos planos e seguros de saúde invertem-se. Enquanto os programas públicos nos Estados Unidos estão direcionados a cerca de 30% da população e os privados a aproximadamente 50%, na Colômbia, os planos privados de saúde financiados por fontes governamentais diretas abrangem 50% dos habitantes e os custeados por contribuições sociais, aproximadamente 30%. No Chile, a parcela de população vinculada obrigatoriamente a planos privados de saúde é mais reduzida. No Brasil, a proporção de população coberta voluntariamente por planos privados de saúde é superior à da África do Sul e à do Reino Unido.

Para mais informações sobre o Medicare e o Medicaid, consulte o capítulo 25

Essas disparidades justificam-se, entre outras razões, pelas trajetórias singulares de estruturação dos sistemas nacionais de saúde. Nos Estados Unidos, a organização das coberturas via empresas empregadoras é complementada por um padrão de intervenção governamental direta, restrito aos segmentos populacionais que estão excluídos da população economicamente ativa e do mercado formal de trabalho (Medicare e Medicaid). Contudo, o Affordable Care Act, aprovado em 2010, prevê uma mudança considerável nas bases de organização do sistema de saúde nos Estados Unidos. A principal mudança refere-se à obrigatoriedade de coberturas para todos os cidadãos americanos.

Reforma da saúde nos Estados Unidos (Reforma Obama)

O modelo da reforma do sistema de saúde nos Estados Unidos caracteriza-se pela compulsoriedade do seguro saúde, mediante obrigatoriedade de empregadores e indivíduos, e preservação dos atuais seguros públicos (Medicare e Medicaid) e privados. Os americanos satisfeitos com suas atuais coberturas podem mantê-las. Essa opção, ao lado da estratégia de evitar um confronto com todas as indústrias do setor e atrair aliados como empresas empregadoras e laboratórios farmacêuticos, além da rapidez dos movimentos de encaminhamento do projeto de lei, viabilizaram a aprovação da Reforma Obama. O projeto aprovado prevê gastos adicionais de 938 bilhões e a inclusão às coberturas de planos de saúde de cerca de 32 milhões de americanos.

A obrigatoriedade do seguro e da expansão de coberturas, principais diretrizes da reforma, serão, assim, efetivadas: 1) estabelecendo punições para quem não estiver vinculado a um seguro; 2) tornando mais americanos elegíveis para o Medicaid (elevação dos limiares de renda); 3) provendo subsídios e créditos para empregadores relacionados com o pagamento de seguros para trabalhadores; 4) criando um mercado de permutas de planos de saúde para ampliar a oferta, inclusive para portadores de problemas de saúde; 5) proibindo a negação de coberturas pelas seguradoras. Esses dispositivos serão implantados progressivamente.

Na Europa, os sistemas nacionais de saúde e os de seguros sociais de saúde administrados por instituições governamentais predominam. Entre os países categorizados como em desenvolvimento, destacam-se a Colômbia, o Brasil, o Chile e a África do Sul, nos quais as origens e o suporte das coberturas privadas também apresentam características peculiares. A miríade de arranjos financeiros e instituições vinculados às coberturas de planos e seguros de saúde reflete-se na diversidade de garantias assistenciais. Existem planos voluntários financiados exclusivamente por fontes privadas que propiciam coberturas abrangentes e apenas acessórias, bem como planos e seguros obrigatórios que propiciam ampla liberdade de acesso.

Em oposição às irregularidades que acompanham as origens, os conteúdos e os limites das coberturas dos planos e seguros de saúde, os efeitos sobre a oferta de serviços de saúde, decorrentes da dinâmica dessa forma de intermediação financeira, embora não generalizáveis, são mais homogêneos e notórios. Entre os mais decantados desfechos da presença de coberturas significativas dos planos e seguros de saúde, relacionam-se a estratificação da atenção e as lacunas de cobertura. A lógica da aferição individualizada do risco e dos padrões de competição movidos pelos preços de procedimentos médico-hospitalares, cujos altos valores de retorno estimulam remunerações mais elevadas para determinadas especialidades e a fragmentação das redes assistenciais, tem sido apontada como principal obstáculo à melhoria dos indicadores de saúde em países como os Estados Unidos. Os elevados gastos com saúde dos norte-americanos contrastam com a ausência de cobertura para cerca de 16,3% da população (aproximadamente 49,9 milhões de pessoas) durante 2010 e com o desempenho de indicadores de saúde, tais como esperança de vida e mortalidade infantil, entre outros, relativamente abaixo da de outros países industrializados (U.S. Census Bureau, 2011; WHO, 2011b).

Outros indicadores dos efeitos da hierarquização de demandas e oferta dos serviços de saúde, por critérios de *status* socioeconômico e não segundo parâmetros de necessidades de saúde, são os diferenciais de remuneração dos médicos e da população em geral e dos médicos especialistas e generalistas de países industrializados. Em 2004, os valores de remuneração dos médicos especialistas autônomos (isto é, não assalariados) foram 8,4 e 6,5 vezes maiores do que a renda nacional *per capita* na Holanda e nos Estados Unidos, enquanto os dos generalistas desses mesmos países foram de 4,4 e 3,5 vezes a mais, respectivamente. Tais assimetrias, entre especialistas e generalistas, e aquelas relacionadas aos diferenciais dos rendimentos dos médicos em relação à renda do restante da população são atenuadas nos países com sistemas universais de saúde. No Reino Unido, a remuneração dos especialistas e generalistas representou 4,8 e 3,8 vezes o valor do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Na Suécia, os valores de remuneração dos médicos especialistas e generalistas mostraram-se bastante próximos: 2,5 e 2,2 vezes o valor do PIB *per capita* (OECD, 2007).

Portanto, as virtudes e as mazelas da presença das coberturas de planos e seguros privados são atribuídas, sobretudo, aos seus efeitos sobre o acesso e o desenho de redes de serviços e cuidados de saúde. Por um lado, os sistemas de saúde que priorizam os planos ou seguros têm sido associados com iniquidades de acesso, desarticulação dos estabelecimentos e profissionais da saúde entre si, com as necessidades e demandas de saúde da população e elevação dos custos dos procedimentos e gastos com saúde (Cohn, 2007). Por outro lado, atribuem-se à concorrência e à liberdade de escolha, em particular do sistema de saúde americano, os méritos de fermentar o vasto sistema de produção e difusão de inovações tecnológicas no setor e explicar as maiores prevalências e taxas de utilização de serviços da população dos Estados Unidos, quando comparadas às de outros países desenvolvidos (IHF, 2007; Thorpe *et al.*, 2007).

Outro traço comum aos países que apresentam coberturas significativas de planos e seguros privados de saúde é a nacionalidade das empresas que os comercializam. Costuma-se encarar os planos e seguros de saúde como uma mercadoria qualquer, entre outras, no mundo globalizado, e essa noção não é destituída de substrato real. De quando em quando, grandes empresas multinacionais vinculadas a conglomerados financeiros declaram interesse

pelos planos e seguros de saúde. Além disso, a divulgação de recomendações de determinadas agências internacionais a respeito dos benefícios da privatização de sistemas de saúde, apresentadas como caminho para o ingresso no mundo desenvolvido, ao lado das analogias indevidas a respeito do fenômeno de internacionalização da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares com os mercados de planos e seguros de saúde, contribui para a conformação de um imaginário nebuloso sobre o âmbito de atuação das empresas de planos e seguros privados nos sistemas de saúde. Mas, por enquanto, os mercados de planos e seguros de saúde são essencialmente nacionais.

Isso não significa desconhecer a existência de empresas que mantêm convênios com congêneres no exterior para coberturas de seus clientes que se deslocam para trabalhar ou na condição de turistas para outros países, nem a participação do capital estrangeiro em algumas empresas de planos e seguros de saúde, inclusive em países da América Latina. Mas são condições internas, tais como as coalizões de partidos políticos, sindicatos de trabalhadores, posicionamento de entidades representativas de profissionais de saúde e a atuação de grupos empresariais locais, que se interligam mais diretamente com a magnitude e as funções dos mercados de planos e seguros de saúde.

Comparando-se as coberturas dos planos e seguros de saúde do Brasil com as de outros países selecionados, verificam-se as seguintes peculiaridades: 1) as demandas por planos e seguros de saúde privados não estão constituídas apenas pelos 'ricos', nem exclusivamente pelos 'pobres', tampouco por segmentos populacionais definidos por atributos como faixa etária, como ocorre com o Medicaid e Medicare nos Estados Unidos; 2) os planos e seguros privados de saúde não são alternativos ao sistema público como no Chile; 3) nosso sistema de saúde distingue-se do colombiano, que mantém esquemas assistenciais diferenciados e alternativos para os segurados vinculados ao mercado formal de trabalho, para os classificados como 'pobres' e para o restante da população; 4) as coberturas universais propiciadas aqui para diagnósticos e tratamentos de alto custo e alta complexidade também diferenciam o Brasil da África do Sul.

Para refletir

Segundo a Constituição brasileira, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Em decorrência, o SUS é um sistema único e universal. Nosso ordenamento jurídico-legal e a presença de uma ampla rede de serviços e cuidados de saúde pública de alta complexidade definem o caráter suplementar dos planos e seguros privados de saúde. Mas, na prática, os planos e seguros privados podem ter função principal e, em alguns casos, quase exclusiva.

Considerando que no Brasil as funções assistenciais dos planos e seguros de saúde, atualmente, são menos delimitadas do que em outros países, que tendências delineiam-se para o futuro?

Estimativas sobre a magnitude do mercado de planos e seguros de saúde

As informações de abrangência nacional sobre a cobertura de planos e seguros privados de saúde no Brasil provêm de pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desde o final dos anos 90, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) incluiu perguntas sobre as coberturas de planos e seguros de saúde. Segundo essa fonte, as coberturas por planos e seguros privados de saúde abrangiam cerca

de um quarto da população. A estimativa da proporção da população coberta por planos ou seguros de saúde (incluindo os planos de saúde e esquemas assistenciais para militares e funcionários públicos) era, em 1998, de 24,5%. Esse resultado foi praticamente a mesmo da pesquisa realizada em 2008: 25,9 %.

Contudo, a magnitude do mercado brasileiro de planos e seguros de saúde, tal como em outros países, não deve ser medida somente pelo número de pessoas cobertas. Outras dimensões, como o faturamento das empresas, os recursos assistenciais mobilizados e a própria quantidade e diversidade de empresas envolvidas, permitem estimar mais precisamente o raio de alcance direto e indireto das coberturas dos planos e seguros de saúde. Quando essas medidas são levadas em consideração, verifica-se que a esfera de influência do mercado de planos e seguros de saúde é muito superior à da órbita de sua cobertura populacional.

Gravita em torno do mercado de planos e seguros de saúde um expressivo conjunto de recursos financeiros e assistenciais. O faturamento das empresas de planos e seguros privados de saúde foi de 72 bilhões e 909 milhões, em 2010 (Brasil, 2011a). Pelo menos 60% dos hospitais brasileiros, 65% dos médicos e mais de 90% das unidades isoladas de diagnóstico e terapia estão vinculados parcial ou exclusivamente às empresas de planos e seguros de saúde (IBGE, 2009; CFM, 2004).

A desproporção entre uma demanda (clientes de planos e seguros de saúde) de cerca de 25% da população em relação a uma oferta potencial de serviços (hospitais, médicos, laboratórios e estabelecimentos de terapia para pacientes externos) muito superior, mais do que 50% dos recursos assistenciais, é marca distintiva do sistema de saúde brasileiro. Tal arquitetura, aparentemente pouco equilibrada, fundamenta-se na utilização simultânea de grande parte da capacidade instalada pelos demandantes de dois subconjuntos: os vinculados a planos e seguros privados de saúde e os não vinculados. A duplicidade do uso do mesmo subconjunto de recursos assistenciais viabiliza-se pela discriminação de portas de entrada diferenciadas – o estabelecimento de saúde, destacadamente hospitais que atendem a demandantes vinculados e não vinculados a planos e seguros de saúde – bem como pelos múltiplos empregos de profissionais da saúde, especialmente médicos, contratados para trabalhar nos serviços públicos e que também atuam em consultórios particulares.

Existem duas notórias exceções à duplicidade de utilização da oferta. A primeira, do lado dos serviços privados de saúde, refere-se às unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, que se voltam principalmente para o atendimento dos clientes de planos e seguros de saúde e pequena escala de clientes particulares. Do lado público, mais especificamente do financiamento público, situam-se a rede de hemodiálise – composta por serviços privados, quase que exclusivamente financiada por recursos públicos – e outros serviços públicos de saúde que atendem a ambas as clientelas. Estes últimos, em geral, concentram suas atividades na realização de procedimentos de alta complexidade e alto custo – como transplantes, cirurgias cardíacas e terapias para neoplasias – e também naqueles de caráter preventivo, como vacinação.

A Tabela 1 contém informações sobre a totalidade da oferta de recursos assistenciais e a parcela disponível ao atendimento de clientes de planos e seguros de saúde. Verifica-se que pelo menos 50% dos hospitais brasileiros estão vinculados às redes das empresas de planos e seguros de saúde, e que 56% dos equipamentos de ressonância nuclear magnética destinam-se, exclusivamente, ao atendimento de seus clientes. As proporções de médicos, estabelecimentos isolados de diagnóstico e terapia, mamógrafos e tomógrafos, com parte ou a totalidade de

seu tempo e uso dedicada às demandas privadas, são ainda mais elevadas. Porém, cumpre assinalar que mais de 85% dos equipamentos de hemodiálise são utilizados por pacientes, cujo tratamento é remunerado pelo Ministério da Saúde. Deduz-se, portanto, a vigência de uma divisão de atribuições do poder público e das empresas de planos e seguros de saúde, em relação ao pagamento pelo uso de determinados equipamentos médico-hospitalares.

Tabela 1 – Estimativa da oferta de recursos e estimativas dos disponíveis para as redes das empresas de planos e seguros privados de saúde. Brasil – vários anos

Recursos assistenciais	Total	Planos e seguros	%
Médicos	301.326[1]	195.862[2]	65,0
Hospitais	6.875[3]	3.124-3.640[4]	45,4-50,9
Unidades de apoio diagnóstico e terapêutico	19.294[3]	17.750[5]	90,8

[1] Total de médicos em atividade registrados no Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2006. [2] Número estimado com base na proporção de médicos que declararam manter convênios com empresas de planos e seguros de saúde na pesquisa "O Médico e seu Trabalho", realizada pelo CFM em 2003. [3] IBGE, 2009. [4] Número de hospitais que integram a rede das empresas de medicina de grupo filiadas às Unimeds e à Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). [5] Estimativa obtida com base na suposição de que todas as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico privadas (AMS, 2009) mantêm algum tipo de vínculo com as empresas de planos e seguros de saúde.

Fontes: CFM, 2006; IBGE, 2009; Abramge, 2007; Unimed, 2011.

Evidentemente, a duplicidade do uso dos recursos e da especialização das fontes de remuneração, envolvidas com o uso dos recursos físicos e humanos disponíveis no sistema de saúde, parece propiciar, pelo menos em tese, um cardápio bastante completo para atender às necessidades dos clientes dos planos e seguros de saúde. No entanto, implica a imposição de racionamento adicional aos segmentos populacionais não vinculados aos planos e seguros de saúde. O atendimento a estes últimos é submetido ao escrutínio dos critérios de ordem de chegada, gravidade das condições clínicas, existência de vagas para marcação de consultas, realização de exames e cirurgias eletivas. Já para os clientes de planos e seguros privados de saúde – que obtêm acesso mediante a solicitação de procedimentos pelas redes assistenciais das empresas que os ofertam e comercializam – dificilmente faltam vagas, equipamentos ou recursos humanos para atendê-los.

Deduz-se, portanto, que os clientes dos planos e seguros privados de saúde contam efetivamente com uma oferta de recursos muito mais ampla e acessível do que o restante da população brasileira. As maiores taxas de utilização dos recursos assistenciais pelos clientes de planos de saúde corroboram as assimetrias de acesso. Em 2009, o número médio de consultas médicas por habitante para os clientes de planos e seguros de saúde foi de 5,5, mais do que o dobro daquele de 2,6 registrado para a população atendida pela rede pública. As disparidades em relação a internações hospitalares são igualmente significativas: 13% e 7,1% nos hospitais de acesso universal (Datasus, 2011; Brasil, 2011a).

Essa 'sobreoferta' de capacidade instalada das redes de serviços das empresas de planos e seguros de saúde, em face da demanda, nutre-se dos valores diferenciados de remuneração dos procedimentos praticados pelas empresas de planos e seguros de saúde e pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde. Por conta dos preços mais elevados e das maiores taxas de utilização de serviços, os gastos assistenciais referentes àqueles vinculados aos planos e seguros privados de saúde são aproximadamente

duas vezes maiores do que os alocados pelos órgãos públicos das três esferas para o atendimento à saúde da população. A Tabela 2, baseada nas estimativas dos gastos públicos com saúde e no faturamento das empresas de planos e seguros de saúde, ilustra a dinâmica que caracteriza a segmentação do sistema de saúde brasileiro.

Tabela 2 – Gastos com saúde segundo fontes públicas e faturamento das empresas de planos e seguros de saúde. Brasil – 2008

Tipo de gasto	R$ (em bilhões)	%	Estimativa de despesas por hab./cliente de plano de saúde (em reais)
Sistema público de saúde	106,00	64,05	560,00
Planos privados de saúde[1]	59,50	35,95	1.680,00
Total[2]	165,50	100,00	

[1] Estimado de acordo com o número de clientes de planos privados de saúde, equivalente a 35,4 milhões da Pnad 2008.
[2] Exclui gastos privados diretos assistenciais e com medicamentos.
Fontes: Siops, 2011; Brasil, 2011a; IBGE, 2010a.

Como a maior parte dos gastos das empresas de planos e seguros de saúde destina-se ao pagamento de procedimentos assistenciais, é fácil inferir que as engrenagens do mercado movem-se em razão dos diferenciais dos valores adotados. Os parâmetros de comparação dos valores de remuneração praticados pelas instituições públicas e pelas empresas de planos e seguros não são automaticamente apreensíveis. A lógica de construção das tabelas de remuneração das instituições públicas não é similar à orientação adotada pelas empresas de planos e seguros de saúde. Mesmo assim, é plausível afirmar que, para um conjunto significativo e frequente de procedimentos, os estabelecimentos e os profissionais da saúde recebem, em média, mais que o dobro pelo atendimento de clientes vinculados aos planos do que pela atenção prestada ao restante da população.

As Tabelas 3 e 4 tomam como exemplos procedimentos que constam das tabelas do Ministério da Saúde e da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB), que baliza os valores de remuneração de muitas empresas de planos e seguros de saúde. Nota-se que os valores previstos para a remuneração para os médicos que realizam partos e apendicectomia pela CBHPM são bastante mais elevados do que os previstos para o pagamento de serviços profissionais da tabela do Ministério da Saúde. O mesmo não ocorre em relação ao transplante de fígado, cujos valores de remuneração das tabelas do Ministério da Saúde e da AMB são próximos.

Outro ângulo, comumente utilizado, para examinar a extensão e a dinâmica do mercado de planos e seguros de saúde é a contabilização de número e porte das empresas especializadas na oferta e comercialização de contratos assistenciais e suas receitas. Em 2011, havia 1.187 empresas no Brasil envolvidas direta ou indiretamente com a oferta e comercialização de planos e seguros de saúde (excluindo aquelas registradas, mas que não comercializam planos ou seguros de saúde, e as que se dedicam apenas aos planos odontológicos). Desse total, 237 não são propriamente empresas de planos de saúde, e sim empresas empregadoras, cujos departamentos de recursos humanos ou entidades jurídicas paralelas administram

uma rede credenciada de serviços. Os planos de saúde dessas empresas, exclusivos para seus empregados e dependentes, são caracterizados como não comerciais.

Tabela 3 – Valores de remuneração da tabela do Ministério da Saúde. Brasil – abril 2005 (em reais)

Procedimentos selecionados	Serviços hospitalares	Serviços profissionais	Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico	Total
Parto normal	186,05	125,84	5,50	317,39
Apendicectomia	191,86	133,08	8,60	333,54
Transplante de fígado	33.734,70	5.189,94	12.974,82	51.899,46

Fonte: Brasil, 2011b.

Tabela 4 – Tabela da Associação Médica Brasileira (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 4ª edição) – setembro de 2005 (em reais)

Procedimentos selecionados	Médico assistente	Auxiliares e anestesista	Total por serviços profissionais
Parto normal	408,00	184,00	592,00
Apendicectomia	368,00	254,00	622,00
Transplante de fígado	2.100,00	4.158,00	6.258,00

Fonte: AMB, 2011.

O número elevado de empresas é uma peculiaridade do mercado de planos e seguros no Brasil. Nos Estados Unidos, segundo a America's Health Insurance Plans (AHIP), em 2007, 1.300 empresas de planos e seguros de saúde responsabilizaram-se pela cobertura de cerca de duzentos milhões de americanos. Em outros países da América Latina, como o Chile e a Colômbia, em 2006, o número reduzido de empresas de planos e seguros privados de saúde (menos de vinte) tampouco condiz com o padrão brasileiro. Aqui, a conjugação de uma acentuada concentração do mercado convive com a dispersão dos contratos transacionados por empresas de pequeno porte.

O padrão nacional de composição empresarial difere daquele encontrado nos demais países. Em setembro de 2011, somente oito empresas (22,8%) do total (incluindo duas não comerciais) administravam contratos de mais de 13 milhões de clientes, e 72% possuíam menos de 20 mil contratos. A presença de poucas empresas de grande porte e muitas empresas de planos privados de saúde de pequeno porte no mercado nacional reflete tanto a concentração de grandes empresas empregadoras em determinadas unidades da federação como, também, as iniciativas de grupos empresariais de comercializar planos de saúde locais.

A Tabela 5 agrupa informações sobre as coberturas dos contratos, o número de empresas de planos e seguros de saúde (inclusive as que comercializam apenas planos odontológicos) para as unidades da federação que apresentam as maiores coberturas (São Paulo, acima de 40%; Rio de Janeiro e Espírito Santo, acima de 30%; e Minas Gerais, Distrito Federal, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, acima de 20%) e as menores de 10% da população

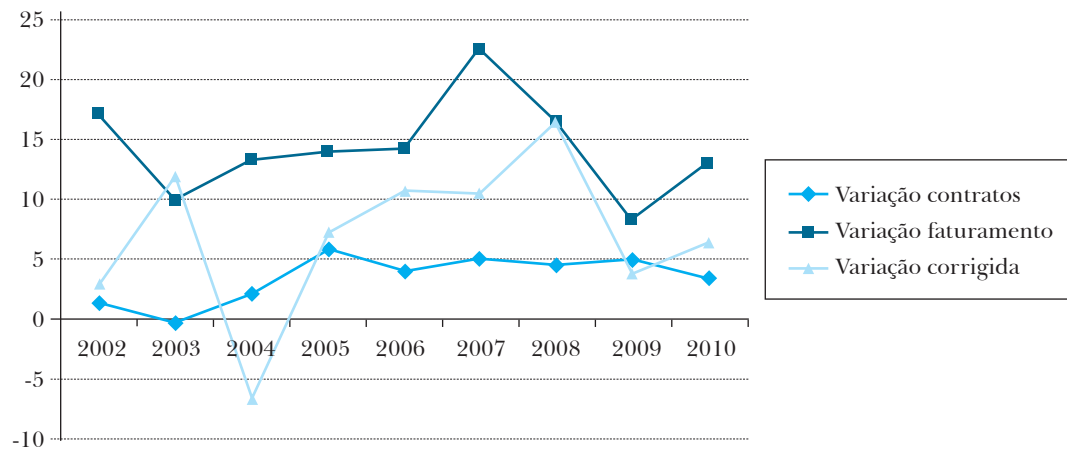
(Acre, Rondônia, Pará, Tocantins, Maranhão e Piauí). Nota-se que é bastante complexa a trama de relações entre as coberturas, o número de empresas de planos e seguros de saúde e a participação dessas unidades da federação no Produto Interno Bruto (PIB). Destaca-se a situação de São Paulo, que concentra 40% do total dos contratos de planos e seguros de saúde e apresenta uma cobertura populacional de 44%, superior à sua participação na composição da população brasileira (22%) e no PIB (33%). O Espírito Santo apresenta uma cobertura relativamente elevada em referência à sua participação reduzida na composição do PIB.

Tabela 5 – Número de contratos, empresas de planos e seguros de saúde e participação no PIB de unidades da federação selecionadas segundo maiores e menores coberturas. Brasil – 2011

UF	População	Nº de contratos	% coberturas contratos/ total da pop.	% contratos/ total da pop. coberta	% pop. total	Nº de empre-sas (sede)	Partici-pação no PIB 2008*
Rondônia	1.576.455	227.028	14,40	0,50	0,82	9	0,6
Acre	746.386	45.061	6,04	0,10	0,39	3	0,2
Amazonas	3.538.387	459.491	12,99	1,01	1,84	6	1,5
Roraima	460.165	25.406	5,52	0,06	0,24	3	0,2
Tocantins	1.400.892	88.144	6,29	0,13	0,73	3	0,4
Maranhão	7.688.593	714.441	9,29	1,57	4,00	63	1,9
Pará	6.645.761	367.545	5,53	0,81	3,45	15	1,3
Piauí	3.140.328	214.824	6,84	0,47	1,63	11	0,6
Minas Gerais	19.728.701	4.906.360	24,87	10,76	10,26	174	9,3
Espírito Santo	3.547.055	1.102.228	31,07	2,42	1,84	33	2,3
Rio de Janeiro	16.112.678	5.976.778	37,09	13,11	8,38	163	11,3
São Paulo	41.587.182	18.364.713	44,16	40,27	21,62	489	33,1
Paraná	10.512.349	2.478.625	23,58	5,44	5,46	63	5,9
Santa Catarina	6.317.054	1.503.481	23,80	3,30	3,28	45	4,1
Rio Grande do Sul	10.733.030	2.481.541	23,12	5,44	5,58	102	6,6
Distrito Federal	2.609.998	629.362	24,11	1,38	1,36	29	3,9

* PIB em milhões de reais a preços correntes.
Fontes: Brasil, 2011b; IBGE, 2010b.

A despeito de as coberturas populacionais por planos e seguros de saúde terem se mantido quase inalteradas entre o final dos anos 90 e o início do século XXI, e da possível fragilidade de parte de suas empresas, o mercado brasileiro de planos e seguros de saúde cresceu, seja em relação ao número absoluto de clientes, seja em relação ao incremento do faturamento. O Gráfico 1, referente à evolução do número de contratos e o faturamento das empresas (em valores corrigidos pela inflação do período), explicita a superioridade dos patamares de movimentação financeira em relação ao do número de planos comercializados, exceto em 2004 e 2009. A consequência direta dessa constatação é o aumento efetivo das contraprestações pecuniárias dos planos e seguros de saúde no período analisado.

Gráfico 1 – Evolução do número de contratos e faturamento (em valores correntes e ajustados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) das empresas de planos e seguros de saúde. Brasil – 2002-2010

Fonte: Brasil, 2011a.

As tendências de elevação do número de contratos e, sobretudo, do faturamento das empresas de planos e seguros de saúde sinalizam a vitalidade financeira do mercado para o atendimento de segmentos populacionais inseridos no mercado formal de trabalho ou situados nas faixas de maior renda. Por sua vez, os aumentos dos valores das prestações de planos e seguros de saúde, acima dos índices gerais de inflação e reajuste dos salários, pressionam os orçamentos das famílias e os das empresas empregadoras. Com isso, os planos de saúde passam a figurar entre os principais responsáveis pela alta dos índices de preços ao consumidor.

Para refletir

As suposições de que os planos e seguros privados de saúde contribuem para a elevação dos custos e gastos envolvidos na prestação de serviços de saúde fundamentam-se na contabilização dos custos administrativos e de comercialização das empresas que os transacionam no mercado e, sobretudo, na necessidade destas de preservar um padrão de competição baseado no acesso a inovações tecnológicas ou mesmo tecnologias incrementais. Afinal de contas, o que leva um indivíduo a buscar um contrato privado de plano ou seguro de saúde é o temor de não poder arcar com os altos custos de um tratamento para si ou para um membro de sua família. Por isso mesmo, determinadas empresas de planos e seguros de saúde costumam associar suas imagens às facilidades e garantias de acesso a essas tecnologias.

Quais as contradições e as possíveis contribuições desse *modus operandi* para assegurar atenção integral e equânime a toda a população brasileira?

Traços marcantes do empresariamento privado da assistência à saúde no Brasil

Desde seu início, o empresariamento da assistência à saúde no Brasil esteve fortemente ligado a determinadas demandas de entidades empresariais, especialmente da indústria de São Paulo, que buscavam alternativas mais eficientes dos que as da previdência social,

especialmente no que se refere ao controle do absenteísmo dos trabalhadores. Essas expectativas, contextualizadas pelas mudanças ocorridas nos países desenvolvidos – em especial as mudanças nas bases tecnológicas da assistência médica no pós-Segunda Guerra Mundial, com suas implicações para as transformações radicais na prática liberal da medicina – e por um intenso crescimento econômico do país, resultaram em uma solução ambivalente.

As alternativas estatais ou privadas de organização da assistência à saúde que haviam sido adotadas na Europa e nos Estados Unidos, respectivamente, não eram inteiramente compatíveis com o ideário privatizante do regime militar, nem com os limites de financiamento do setor privado. Essas razões justificaram a constituição de um tripé formado pela articulação de grupos de médicos com visão empresarial ao setor industrial, em fase de expansão, e de ambos os segmentos com o regime militar.

Os primeiros planos de saúde no Brasil, mais expressivos no que diz respeito ao número de clientes, foram organizados pelas empresas estatais ou comercializados no ABC paulista e vinham ao encontro das necessidades de prover uma atenção diferenciada para a burocracia de instituições governamentais consideradas estratégicas e para a mão de obra especializada do setor privado. Ao longo do tempo, as políticas de privatização emanadas da previdência social, iniciadas no final da década de 1960 e expandidas durante a década seguinte, por meio dos denominados convênios-empresa, foram alteradas, mas não totalmente abandonadas. Os convênios-empresa expressaram a fórmula ambígua para organizar o sistema de saúde: parte dos recursos devidos à previdência social era retida pelas empresas empregadoras e transferida por estas às empresas especializadas na comercialização de planos ou diretamente para prestadores privados de serviços de saúde.

Atualmente, o empresariamento privado da assistência médica está mais consolidado, não mantém contratos globais com instituições governamentais e funciona como núcleo de uma trama complexa de interesses econômicos e políticos e instituições. Os traços herdados do período de fundação das empresas de planos de saúde foram complementados pela adesão e dependência dos segmentos das classes médias aos planos e seguros de saúde, participação de setores econômicos integrados ao setor financeiro do capital e adoção de métodos gerenciais modernos. Com o passar do tempo, algumas das marcas da intervenção estatal, bem como das relações entre o segmento de comercialização de planos ou seguros de saúde e o de prestação de serviços, atenuaram-se; outras ainda vigentes ficaram ocultas pela modernização do setor, e algumas se tornaram mais nítidas. A interação dessas continuidades e rupturas incide sobre três dimensões do mercado de planos e seguros de saúde.

Em relação à primeira dimensão, o financiamento dos planos e seguros privados de saúde, as principais alterações são: a substituição das modalidades de subsídio direto de recursos previdenciários para as de subsídios e deduções fiscais; a elevação dos preços do valor das mensalidades; e, mais recentemente, a adoção de copagamentos (pagamentos parciais realizados para utilizar serviços). Ou seja, o financiamento da demanda de planos e seguros de saúde mantém-se como objeto de políticas governamentais, mas os formatos dos instrumentos que as operacionalizam foram substituídos.

Inicialmente, a previdência social financiava planos privados de saúde, mediante o pagamento *per capita* dos trabalhadores e seus dependentes, para empresas empregadoras que optassem pelo atendimento de seus trabalhadores por empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde – ou para aquelas que estruturassem uma rede

de provedores de serviços administrada pela própria empresa empregadora. No final dos anos 70, os convênios do tipo empresa-empresa deixaram de ser intermediados pela previdência social, passando a ser celebrados diretamente entre as empresas empregadoras e as empresas de planos privados de saúde.

Hoje, as estratégias de triangulação são baseadas em formas indiretas de financiamento: deduções e isenções fiscais. Sob essa roupagem, o suporte de recursos públicos e o reconhecimento do mérito e da relevância da atividade privada e, sobretudo, a preservação de políticas de proteção exclusivas para determinados segmentos sociais – os beneficiários das benesses fiscais – são menos visíveis. A modalidade financiamento direto, antes disponível para todos os trabalhadores, segue vigente, mas limita-se àquela realizada pelo governo federal, pelos governos estaduais e municipais para a cobertura de planos e seguros privados de servidores públicos.

A segunda dimensão refere-se às alterações e permanências na composição e magnitude das demandas por planos e seguros privados de saúde. Até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde estava, quase exclusivamente, conformado pelos planos empresariais, isto é, destinado a trabalhadores especializados das indústrias. Os segmentos médios da população, pelo menos até os anos 60, costumavam pagar os serviços privados de saúde, especialmente consultas médicas e até internações hospitalares, com recursos próprios. Nos anos 70, os esquemas assistenciais institucionais privados destinados a essa parcela da população previam o reembolso das despesas com saúde, sobretudo, com consultas médicas. Essas coberturas privadas, quer as direcionadas para os operários das grandes indústrias, quer para os segmentos médios, eram complementadas pela utilização de serviços de saúde da rede da previdência social.

Nos últimos anos da década de 1980, as demandas dos planos e seguros de saúde ampliaram-se substancialmente e, nos dias atuais, recortam a população situada nos maiores patamares de renda, ao abrangerem o contingente populacional composto, fundamentalmente, pelos inseridos no mercado formal de trabalho do setor privado e público e os autônomos com rendimentos mais elevados. Essas mudanças na composição das demandas foram precedidas por transformações nos conteúdos assistenciais e processos de comercialização dos planos e seguros de saúde. Algumas empresas de planos de saúde romperam com as relações conveniais, mais territorializadas entre empresas empregadoras, passando a comercializar planos individuais e coletivos com padrões de cobertura diversificados. Alguns planos passaram a assegurar atendimento em qualquer lugar do país e outros incluíram assistência internacional.

Mesmo as camadas médias, já cobertas por planos privados de saúde de suas empresas empregadoras, demandaram ampliação de coberturas, sobretudo àqueles clientes exigentes da oferta de serviços especializados. Em decorrência do aumento dos preços e crescente uso de tecnologia na assistência à saúde, a utilização de serviços remunerados diretamente pelos clientes aos prestadores de serviços e o uso complementar de serviços de saúde públicos se modificaram. Para esses segmentos, a utilização de serviços de saúde se tornou quase exclusivamente dependente da intermediação dos planos de saúde.

A essa ampliação das demandas correspondeu uma extensão de cobertura, traduzida operacionalmente pela montagem de extensas redes credenciadas, adicionais aos serviços próprios das empresas de planos privados de saúde e de algumas empresas empregadoras.

Por sua vez, essas redes credenciadas praticamente eliminaram a modalidade de reembolso, que se tornou prerrogativa exclusiva de um número muito restrito de clientes de planos de nível executivo.

A terceira dimensão está relacionada com as características da oferta, ou seja, com as alterações e a preservação na configuração das empresas que atuam no mercado de planos e seguros de saúde. As principais mudanças a serem assinaladas são a entrada, no final dos anos 80, no mercado de planos e seguros de saúde, de grandes seguradoras e o ingresso de várias de suas empresas em atividades empresariais diversificadas e integradas ao setor financeiro.

Os primeiros grupos médicos que ofertaram uma assistência médico-hospitalar pré-paga a trabalhadores eram formados por especialistas em medicina do trabalho, donos de pequenas clínicas e hospitais, que divisaram oportunidades na constituição de empresas especializadas na comercialização da garantia de coberturas para os empregados de indústrias em processo de consolidação e crescimento. A partir dessas bases – fundamentalmente, a disposição de grupos médicos empreenderem a comercialização de planos privados de saúde e as perspectivas de contarem com o apoio governamental –, constituíram-se, nos anos 60, duas alternativas empresariais comerciais: as medicinas de grupo e as cooperativas médicas.

Empresas de medicina de grupo

As medicinas de grupo típicas são empresas privadas lucrativas. Foram constituídas originalmente a partir do empreendimento capitalista restrito de pequenos grupos de médicos que formaram as primeiras empresas. Ao longo do tempo, o perfil de várias dessas empresas se modificou radicalmente. Algumas diversificaram suas atividades, sobretudo a partir do final dos anos 80, criando empresas específicas para outras áreas de atuação. Essas novas empresas abrangem desde a área de benefícios (empresas de vale-alimentação, assessoria para o cumprimento da legislação sobre saúde do trabalhador) até o ensino (vinculação a universidades privadas) e, em certos casos, atendem a requerimentos internos (empresas de marketing). Além disso, determinadas medicinas de grupo se associaram ou criaram seguradoras. As medicinas de grupo de maior porte implantaram empresas relacionadas à distribuição e comercialização de equipamentos médicos e medicamentos. Outras iniciativas como a construção, a aquisição e a reforma de unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, bem como as empresas de transporte aéreo, terrestre e de cuidados domiciliares para clientes, delinearam uma tendência de conformação de redes mais integradas de cuidados e assistência médica.

Ao lado das mudanças nas grandes medicinas de grupo surgiram pequenas empresas, também rotuladas como medicina de grupo, destinadas ao atendimento de demandas individualizadas de segmentos com menor poder aquisitivo, comercializando produtos com menor preço e redes credenciadas regionalizadas para segmentos populacionais em áreas mais carentes ou municípios de pequeno porte. Nas cidades interioranas e agora também nas de maior porte, assiste-se a expansão de planos mais baratos dirigidos a pequenas empresas e a clientes individuais.

Cooperativas médicas

São empresas sem fins lucrativos. Surgiram em oposição às medicinas de grupo. Seus fundadores pretendiam preservar a autonomia dos médicos em face da ameaça de assalariamento ou dependência das medicinas de grupo. As cooperativas se constituíram com o apoio de diversas entidades (sindicatos, associações médicas), agrupando profissionais que dispuseram seus consultórios como base empresarial para a oferta de planos individuais e coletivos. Para comercializar planos com cobertura para assistência ambulatorial e internação, as cooperativas credenciaram hospitais e

centros de diagnóstico e terapia. O enraizamento e a disseminação das cooperativas médicas ocorreram em cidades do interior de médio e pequeno portes, onde foram adotadas estratégias para uma sólida articulação com os provedores de serviços públicos e privados – facilitando aos médicos cooperados o exercício de seus vários vínculos empregatícios –, as tornaram uma modalidade empresarial extremamente vigorosa.

Tal como outras modalidades empresariais do segmento, as transformações na natureza jurídico-institucional das Unimeds ao longo dos anos 80 e 90 alteraram profundamente suas características originais. A partir das cooperativas médicas, mais conhecidas como Unimeds, constituiu-se a primeira Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Médicos (Unicred), e as Unimeds adquiriram uma empresa de previdência privada, posteriormente transformada em seguradora. Simultaneamente, foi criada a Unimed Participações para atuar como *holding* dessas empresas. Atualmente, o complexo Unimed conta com a presença de empresas nitidamente capitalistas, não moldadas pelos princípios de não lucratividade que motivaram o cooperativismo médico, e está fortemente orientado pelo caráter de participação proporcional ao investimento de sua *holding*. No que diz respeito às transformações na área de assistência médico-hospitalar, as Unimeds vêm investindo na aquisição de unidades hospitalares e na construção de centros diagnósticos, contrariando os cânones da livre escolha que inspiraram sua fundação, mas avançando na organização de serviços próprios.

Tais empresas, embora motivadas por orientações antagônicas, terminaram por assemelharem-se no que diz respeito às suas práticas comerciais e assistenciais. As medicinas de grupo, criadas por médicos como empresas privadas (embora algumas tenham se constituído com outros formatos jurídico-institucionais), propunham-se a propiciar uma cobertura básica, porém superior à da rede pública e da rede previdenciária, para trabalhadores especializados da indústria. Por sua vez, o objetivo inicial das cooperativas médicas consistia em resistir às perspectivas de exploração do trabalho médico pelas medicinas de grupo. Para tanto, disputaram com as medicinas de grupo as coberturas, também básicas, das clientelas de grandes indústrias paulistas.

As distinções entre as medicinas de grupo e as cooperativas médicas, a princípio marcadas pelas origens de suas redes assistenciais (consultórios médicos, no que concerne às cooperativas médicas, e clínicas e hospitais, no que diz respeito às medicinas de grupo), foram precocemente aplainadas pela intervenção estatal. Obrigadas por força dos convênios com a previdência social a propiciar coberturas médico-hospitalares padronizadas, as medicinas de grupo e as cooperativas médicas que não contavam com a quantidade e variedade dos recursos assistenciais requeridos credenciaram prestadores de serviços autônomos.

Além das medicinas de grupo e cooperativas médicas, determinadas empresas empregadoras do setor privado e do setor público optaram por preservar ou instituir seus esquemas assistenciais próprios (exclusivos seus, para os empregados e dependentes). Tais esquemas assistenciais de empresas empregadoras, atualmente denominados autogestões, também constituíram suas redes assistenciais por meio de credenciamentos de prestadores de serviços (médicos, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e hospitais). Como os prestadores de serviços credenciados eram praticamente os mesmos (incluindo os próprios médicos das cooperativas, ressalvadas exceções em algumas cidades), as redes das empresas de planos e seguros de saúde tornaram-se muito semelhantes.

Assim, os denominados planos de saúde de autogestão, apesar de imunes aos efeitos da competição a que estão submetidas as empresas comerciais, não permaneceram incólumes

às mudanças. Formas pretéritas de cobertura, baseadas na remuneração de serviços de saúde, como o reembolso dos gastos com serviços de saúde antes adotado por empresas estatais e multinacionais para seus executivos, nos anos 60 e 70, foram substituídas pela constituição de redes credenciadas. A adesão dessas grandes empresas empregadoras à organização de redes de serviços ampliou o leque de possibilidades de convênios dos prestadores de serviços de saúde.

Autogestões

As autogestões, também denominadas empresas com planos próprios, surgiram nos anos 40 e 50. Tais formatos administrativos são caudatários de alternativas tradicionais de proteção social aos trabalhadores – a assistência direta das empresas aos seus empregados. As autogestões podem ser classificadas em duas modalidades plasmadas na natureza jurídico-institucional da instituição responsável pela gestão do plano: as entidades paralelas (caixas de assistência, entidades de previdência fechada, sindicatos e associações) e aquelas cujos planos são gerenciados pelos departamentos de benefícios ou de recursos humanos das empresas patrocinadoras.

Essas formas de gestão se diferenciam, sobretudo, pela iniciativa e participação dos trabalhadores nas entidades paralelas, em contraste com o caráter mais explícito de benefício trabalhista dos planos geridos diretamente pelas empresas. No entanto, essa distinção não repercute na cobertura ou nos critérios de elegibilidade para a inclusão de dependentes, manutenção de assistência para aposentados e acesso a provedores de serviços credenciados e procedimentos de alto custo, bem como acomodação hospitalar em quarto particular.

As coberturas das empresas com planos próprios costumam ser amplas, mas variam de acordo com a capacidade instalada das cidades onde estão localizados os empregados. A persistência de algumas grandes empregadoras em manter planos próprios distingue a autogestão das demais modalidades empresariais do mercado de planos e seguros de saúde. As autogestões não comercializam planos de saúde.

Em virtude da homogeneização das formas de intermediação do fluxo financeiro de recursos, realizadas pelas medicinas de grupo, cooperativas e ainda que parcialmente pelas autogestões, os planos de saúde privados de saúde, embora comercializados ou ofertados por modalidades empresariais distintas, tornaram-se praticamente indiferenciados. A organização de um fundo coletivo e a precificação dos contratos (formalizados ou não), em um mercado fortemente dependente do credenciamento de prestadores de serviços, tenderam à padronização dos valores de remuneração das atividades médico-hospitalares.

Dada a uniformização das bases de operação, todas as empresas de planos privados de saúde (inclusive várias autogestões) adequaram seus planos aos níveis hierárquicos de *status* socioeconômico das demandas. Assim, quase todas as empresas comerciais e não comerciais de planos privados de saúde passaram a integrar circuitos que conectam os padrões de *status* dos clientes a prestadores de serviços considerados de primeira, segunda ou terceira linhas. Esse intricado desenho institucional e financeiro gerou relações de poder contraditórias entre as empresas de planos e seguros de saúde e os prestadores de serviços. Por um lado, os prestadores de serviços categorizados como de primeira linha – tipologia comumente utilizada pelos profissionais da saúde para definir os 'melhores', a que corresponde um valor de remuneração mais elevado do que os classificados como de segunda e terceira linhas –, imbuídos de sua importância para o desempenho das empresas de planos e seguros de

saúde e da necessidade de se manterem como centros de altos investimentos tecnológicos, as pressionam para ampliar as coberturas e aumentar os preços de suas atividades. Por outro lado, os prestadores de serviços de saúde classificados como de terceira linha veem-se às voltas com valores de remuneração relativamente baixos e normas de racionalização de suas atividades impostos pelas empresas de planos e seguros de saúde.

A atração e a atuação mais sistemática das seguradoras no mercado – que representam o quarto tipo de modalidade empresarial – ocorreram a partir de 1989, quando a Superintendência de Seguros Privados (Susep), órgão do Ministério da Fazenda, as autorizou a referenciar serviços de saúde. Com isso, as seguradoras também atuam no mercado por meio de um 'livro' (uma relação de prestadores de serviços). Assim, a organização de redes de prestadores de serviços descaracteriza a função típica do seguro privado, que é a indenização das perdas financeiras, mediante reembolso. Consequentemente, os planos comercializados pelas seguradoras no Brasil são semelhantes aos das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas de maior porte.

Na realidade, os contratos de planos de saúde comercializados pelas seguradoras preveem obrigatoriamente o reembolso dos serviços de saúde utilizados pelos clientes. Mas, dependendo do tipo de plano, os valores de reembolso são baixos e estimulam a busca de serviços das redes referenciadas, os quais são remunerados pela seguradora. Já a maioria dos contratos das cooperativas médicas e medicinas de grupo não faculta o reembolso, exceto para planos 'tipo executivo'.

No início dos anos 90, a presença das seguradoras brasileiras, no mercado de planos e seguros de saúde, foi acompanhada pelas expectativas de substituição das empresas nacionais de menor porte pelas seguradoras americanas. Esses prognósticos pareciam confirmar-se pela aquisição de uma grande empresa nacional por uma seguradora americana. O cenário delineado por algumas autoridades e setores da área econômica, em meados dos anos 90, de privatização da previdência social e do seguro de acidente do trabalho, parecia favorável às mudanças radicais não apenas na saúde, mas nas demais instituições da seguridade social.

Porém, nos anos seguintes, o movimento de internacionalização do mercado nacional de planos e seguros de saúde, via aquisição de empresas por seguradoras estrangeiras, retrocedeu. Inclusive os investidores da seguradora americana, diante da magnitude da dívida da empresa nacional com o governo e as instabilidades do processo de reforma da previdência social, não levaram adiante a atuação direta no Brasil. Mesmo assim, a participação das seguradoras modificou substancialmente a dinâmica interna do mercado de planos e seguros privados de saúde. Por elas se situarem mais próximas dos centros de decisão econômica, a entrada de seguradoras – vinculadas a bancos e a outros setores financeiros – no ramo da saúde estimulou mudanças nas regras de competição até então vigentes e nas formas de intervenção governamental no mercado de planos e seguros de saúde. Não é por outra razão que o início da comercialização de planos de saúde pelas seguradoras coincide com as reivindicações desses grupos empresariais por mudanças nas formas de jurisdição governamental no setor. A defesa de normas gerais para a atuação de empresas de planos e seguros de saúde ampliou a intervenção governamental, antes restrita aos subsídios financeiros, à demanda, à normatização das garantias assistenciais e à demonstração de reservas e solvência por parte de empresas que atuam no mercado.

Seguradoras

São empresas lucrativas, nacionais ou internacionais, constituídas a partir de capital nacional e/ou estrangeiro, vinculadas ou não a bancos. Embora as seguradoras representem a modalidade empresarial mais recente no mercado de planos e seguros, e a que congrega o menor número de clientes, sua importância transcende a mera participação numérica no segmento de assistência médica suplementar. A entrada das seguradoras no ramo saúde, impulsionada por um instrumento legal, promulgado pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) do Ministério da Fazenda, facultando-lhes a cobertura dos segurados por meio de 'referenciamento' dos serviços, alterou a divisão das clientelas entre as modalidades empresariais. Em menos de dez anos, a expansão do seguro saúde o transformou no segundo ramo em volume de prêmios. As seguradoras, pioneiras na comercialização no ramo da saúde, que iniciaram suas atividades no final dos anos 70 – antes da alteração que autorizou o referenciamento de provedores de serviços, como o Comind e a Itaú –, foram substituídas ou suplantadas, durante os anos 80 e 90, por outras empresas.

A revisão sumária das trajetórias de criação, consolidação e expansão do mercado de planos e seguros de saúde evidencia a reprodução modernizada de seus traços originais. O credenciamento de serviços de saúde é ainda a principal forma de organização das redes das empresas de planos e seguros. As empresas que os comercializam são, em sua maioria, nacionais, e o segmento não comercial do mercado – as autogestões – mantém-se atuante. No entanto, observam-se transformações relevantes na composição da demanda e da oferta do segmento. O deslocamento dos segmentos de classe média da condição de utilização de serviços de saúde, mediante o pagamento direto a médicos e hospitais, para a de demandantes individuais de planos de saúde, a diversificação das atividades empresariais de medicinas de grupo e Unimeds, a fusão de algumas medicinas de grupo e a participação das seguradoras no mercado conferiram um papel de destaque aos planos privados de saúde na vida cotidiana dos brasileiros.

Uma parte das empresas de planos e seguros de saúde expandiu-se, diversificou atividades, e algumas delas estão associadas a grandes instituições bancárias; outras abriram suas ações nas bolsas de valores. No entanto, esse perfil é bastante distinto daquele configurado pela presença de muitas empresas de menor porte que atuam exclusivamente na área de comercialização de planos e prestação de serviços de saúde. Tal polarização, caracterizada por um número expressivo de empresas de planos de saúde de pequeno porte e pela atuação de poucas de grande porte, repercute na assistência dos clientes de planos e seguros e gera expectativas permanentes sobre a futura oligopolização do setor.

As informações sobre a quantidade e a distribuição de empresas por modalidades comerciais e não comerciais de planos de saúde sugerem, quando cotejadas com as relativas ao aumento do número de contratos, certa instabilidade de permanência de algumas firmas de pequeno porte no mercado. A Tabela 6 mostra o decréscimo do número de empresas de planos e seguros de saúde entre 2003 e 2007 e sinaliza o efeito mais intenso dessa redução sobre as medicinas de grupo, as autogestões e as seguradoras. Esses dados indicam uma tendência de concentração das empresas e sugerem mudanças importantes na configuração do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil. A redução em especial do número de empresas de medicinas de grupo resulta dos movimentos de aquisições e oligopolização do setor.

Tabela 6 – Evolução do número de empresas de planos e seguros de saúde segundo modalidade empresarial. Brasil – 2003 e 2011

Tipo de empresa	2003	2011	2003-2011 Variação %
Medicina de grupo	792	443	-44,1
Cooperativa médica	370	333	-10,0
Autogestão	347	238	-31,4
Seguradora	14	13	-7,1
Outras*	116	163	40,5
Total	1.639	1.190	-27,4

*Hospitais filantrópicos que comercializam planos privados de saúde e administradoras de planos de saúde.

Fontes: Brasil, 2006, 2011b.

Quando se observam as informações sobre a evolução dos contratos e os valor das mensalidades dos planos e seguros de saúde, considerando dados para os anos de 2001 e 2010, verificam-se: o aumento da participação das cooperativas médicas no mercado – em 2001, seus contratos representavam 26% e, em 2010, 36% do total –, a diminuição dos valores médios de seus planos e o movimento oposto das medicinas de grupo e seguradoras. Nota-se ainda que os preços médios das mensalidades das seguradoras são bem mais elevados do que os das demais modalidades empresariais e que a distância entre cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo diminuiu, sugerindo uma disputa pelos mesmos nichos de mercado. Por sua vez, os planos de entidades filantrópicas se diferenciam dos demais e caracterizam a heterogeneidade de produtos disponíveis no mercado (Tabela 7).

Tabela 7 – Evolução do número de contratos e valor médio das mensalidades dos planos e seguros de saúde. Brasil – 2001 e 2010

Tipo de empresa	2001		2010		Variação % 2001- 2010		
	Contratos	Mensalidade (em R$) (valor corrente e corrigido IPCA dez. 2010)	Contratos	Mensalidade (em R$)	Contratos	Mensalidade[2] Nominal	Mensalidade[2] Corrigida (IPCA dez. 2010)
Medicina de grupo	12.081.539	45,35/(76,93)	16.995.361	107,70	40,67	137,49	40,01
Cooperativa médica	8.178.619	83,34/(147,89)	16.302.545	135,59	99,33	62,69	-8,32
Autogestão[1]	5.199.533		5.443.627	131,15	4,69		
Seguradora	4.586.932	98.07/(174,03)	5.369.993	218,75	17,07	123,05	25,69
Outras	1.101.008	83,38/(147,97)	1.472.618	99,41	33,75	19,23	-32,82
Total	31.147.631	56,86/(100,90)	45.584.444	133,29	46,35	134,41	32,10

[1] As informações sobre a movimentação financeira com planos privados de saúde das maiores autogestões não estavam disponíveis.
[2] O cálculo baseia-se na comparação dos valores de 2010 com os de 2001, corrigidos pelo índice de variação de preços no período de dez. 2001 a dez. 2006.

Fonte: Brasil, 2006, 2011b.

Para refletir
Quais seriam as consequências, para os profissionais da saúde e para os segmentos populacionais cobertos por planos e seguros de saúde, de eventuais mudanças nas características jurídico-institucionais e no porte das atuais empresas de planos e seguros de saúde?

Legislação, normas e interpretação dos direitos dos clientes de planos e seguros de saúde

A expansão das coberturas por planos e seguros de saúde, durante o final da década de 1980 e na primeira metade da década seguinte, coincidiu com mudanças epidemiológicas e demográficas e também com o subfinanciamento da saúde pública e a intensificação de problemas assistenciais. Além disso, o segmento tornou-se mais atraente aos investimentos de outros grupos econômicos não oriundos da área da saúde. Nessa época, a intensa visibilidade dos casos de negação de cobertura a pacientes HIV positivos e a idosos, o não atendimento a gestantes de risco, as denúncias de entidades médicas relacionadas à interferência das empresas de planos e seguros de saúde na autonomia profissional, assim como a reação de alguns governos estaduais, que formularam normas de controle do fluxo de pacientes privados aos estabelecimentos públicos baseadas na cobrança do atendimento prestado (o ressarcimento ao SUS), constituíram uma coalizão de interesses em torno da necessidade da regulamentação das coberturas das empresas de planos e seguros de saúde.

Em 1998, dez anos após a aprovação da Constituição, foi promulgada a lei n. 9.656/98, que dispõe sobre a regulamentação das empresas de planos e seguros de saúde. Em tese, essa lei amplia e garante coberturas para todos os problemas de saúde, mas as pressões de empresas de planos e seguros de saúde e de setores dessa área da economia atenuaram e até distorceram as intenções de definir barreiras claras à negação de atendimento. O resultado dos embates entre os defensores de uma regulamentação favorável aos clientes dos planos e aqueles preocupados em defender os interesses das empresas que os comercializam foi uma legislação confusa, que estimulou a adoção de recursos judiciais de parte a parte.

A leitura dos 36 artigos da lei n. 9.656 de 1998 é árdua, porque a maior parte de seus preceitos destina-se ao estabelecimento de regras para o registro, o funcionamento e a fiscalização das empresas de planos e seguros de saúde. Além disso, alguns desses artigos foram revogados e outros expandidos. Essas dificuldades desaconselham a exposição detalhada da legislação vigente. Contudo, é relevante conhecer algumas das normas legais sobre o funcionamento das empresas de planos e seguros, bem como avaliar seus efeitos práticos. O Quadro 2 apresenta uma seleção de tópicos sobre coberturas que contribuem para uma apreciação preliminar da legislação.

Segundo a atual legislação, todas as pessoas são elegíveis, e os planos de saúde devem proporcionar coberturas para os agravos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da OMS. Essas definições se especificam no sentido da garantia da cobertura para idosos, aposentados, desempregados, deficientes físicos e portadores de doenças e lesões preexistentes. Ademais, buscou-se assegurar a continuidade da cobertura para os maiores de 60 anos, por meio da proibição do aumento dos preços dos planos para os clientes cuja vinculação ao plano seja de pelo menos dez anos.

Quadro 2 – Síntese da lei n. 9.656/98

Tema	Disposições normativas
Idosos e *status* de saúde (idosos e deficientes físicos)	Proíbem a negação de cobertura em razão do *status* de saúde. Inicialmente impediam o aumento do preço para clientes com mais de 60 anos há mais de dez anos no plano. Após revisão, passaram a vincular os preços dos planos às faixas etárias e a permitir um aumento escalonado para maiores de 60 anos.
Manutenção de coberturas para aposentados e desempregados	Garantem a manutenção de coberturas para aposentados e desempregados (por tempo determinado) para os participantes de planos empresariais.
Lesões e doenças preexistentes	Vedam a exclusão de cobertura a lesões preexistentes após 24 meses de carência.
Eventos cobertos	Cobertura para todas as doenças incluídas no Código Internacional de Doenças, devendo abranger, portanto, a realização de transplantes e o atendimento aos problemas mentais. Mas a própria legislação restringe as coberturas de determinados procedimentos de alto custo e possibilita a preservação das limitações vigentes em contratos antigos.
Limites para a utilização de serviços de saúde	Proibição de negação de coberturas em razão da quantidade e do valor máximo de procedimentos, dias de internação etc.
Ressarcimento ao SUS	Ressarcimento dos serviços prestados a clientes de planos de saúde, previstos em seus respectivos contratos, em estabelecimentos vinculados ao SUS.

Fonte: Lei n. 9.656/98 (Brasil, 1998).

A ampliação de elegibilidade foi contraposta por pressões dos defensores dos interesses das empresas de planos e seguros de saúde que lograram esmiuçar, por meio de normas infralegais, as condições de carência para a cobertura aos portadores de doenças e lesões preexistentes, afetando parte das garantias legais de atendimento ininterrupto dos integrantes desses segmentos populacionais. Do mesmo modo, considerou-se como não obrigatório o acesso a determinados procedimentos de alto custo, tais como transplantes de fígado e coração.

Aos sinais contraditórios da lei n. 9.656/98, ora de ampliação, ora de restrição de coberturas, aduziu-se a possibilidade de manutenção dos contratos antigos, que ainda respondem pela cobertura de boa parte dos clientes de planos e seguros de saúde e podem conter cláusulas de racionalização da utilização dos serviços de saúde. Assim, apesar dos avanços da lei n. 9.656/98, as falhas e a instabilidade do marco regulatório são amplamente reconhecidas. As interpretações contraditórias sobre a legislação, transformadas em brechas legais, delegam ao Poder Judiciário um papel destacado na arbitragem dos conflitos relacionados com a obtenção de acesso e utilização de serviços de saúde.

Nem o denominado ressarcimento ao SUS, que objetivou implementar uma perspectiva de justiça financeira e contábil no sentido da explicitação de um estruturado fluxo assistencial entre o segmento privado e o público, escapou dos questionamentos jurídico-legais. A legitimação e a operacionalização da cobrança do atendimento de clientes de planos de saúde, em estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais vinculados ao SUS, têm sido inviabilizadas por motivos de ordem política e técnica. As empresas de planos e seguros de saúde arguiram judicialmente a inconstitucionalidade do dispositivo, tema que permanece

sem solução definitiva. Além disso, os obstáculos operacionais e a morosidade dos processos de conferência e pagamento dos atendimentos ainda não foram solucionados.

A criação de uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde para regulamentar as empresas de planos e seguros – a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000 (lei n. 9.961/2000) – contribuiu não apenas para consolidar a regulamentação, mas para estimular o debate sobre a efetividade do modelo assistencial dos planos e seguros de saúde. A lógica de organização das redes assistenciais das empresas de planos e seguros de saúde, pautada pelo atendimento de demandas espontâneas, problemas agudos ou crônicos agudizados e controle do absenteísmo dos trabalhadores, mostra-se frequentemente insuficiente para promover a saúde, prevenir, controlar e curar os atuais problemas de saúde. As atribuições e competências da ANS resumidas no Quadro 3 são abrangentes. No entanto, a organização do atendimento baseada na oferta de especialistas e estabelecimentos credenciados não conectados nem entre si, nem com as empresas que os contratam, delega exclusivamente ao cliente a responsabilidade pela sua saúde e pela busca de alternativas condizentes com o atendimento oportuno e continuado de necessidades de saúde. Essas redes pouco articuladas e voltadas para o atendimento de doenças não se coadunam com os atuais requerimentos da integralidade e humanização das ações de saúde. O reconhecimento da inadequação da racionalidade da constituição de redes assistenciais hospitalocêntricas, assim como de estabelecimentos especializados com alta concentração de equipamentos, vem estimulando mudanças na abordagem de algumas empresas de planos de saúde.

Quadro 3 – Competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Detalhamento das coberturas obrigatórias	• Elaborar e atualizar um rol de procedimentos e eventos que devem constar da oferta de serviços das empresas e suas coberturas obrigatórias • Estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas empresas, de dispositivos para o racionamento do acesso de uso de serviços, tais como autorizações para realização de procedimentos, solicitação de segunda opinião, sugestão de mudança de conduta diagnóstica e terapêutica etc.
Elegibilidade e carências relacionadas com doença e lesão preexistentes	• Conceituar doenças e lesões preexistentes e resguardar a cobertura para o atendimento a eventos e processos não relacionados com a preexistência bem como a observância dos prazos estipulados de carência para as necessidades de atenção às condições preexistentes.
Configuração empresarial do mercado	• Autorizar o registro e o funcionamento das empresas de planos privados de assistência à saúde, bem como sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário. • Instituir processos para o controle pela ANS (regime de direção fiscal ou técnica) nas empresas que apresentem problemas de assumir responsabilidades contratuais com seus clientes e com seus prestadores de serviços e desenvolver a recuperação financeira das mesmas. • Proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil de empresas que não obtenham recuperação financeira. • Determinar e acompanhar o processo de transferência de clientes de empresas que não possam mais atuar no mercado para outras empresas (alienação da carteira).
Características e dimensões das redes de serviços	• Fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços. • Avaliar a capacidade técnico-operacional das empresas de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência.

Quadro 3 – Competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (cont.)

Acompanhamento e reajuste de preços	• Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, após consulta ao Ministério da Fazenda. • Monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos.
Contratos e punições	• Estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das empresas. • Aplicar as penalidades e multas pelo descumprimento da legislação.
Ressarcimento ao SUS	• Elaborar normas sobre os eventos e procedimentos e bases de compatibilidade dos valores a serem ressarcidos.
Fiscalização e avaliação da qualidade	• Fiscalizar as atividades das empresas de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento. • Controlar e avaliar aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas empresas. • Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos e zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde. • Fiscalizar os aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares.

Fonte: Lei n. 9.961/2000 (Brasil, 2000).

O balanço sintético do processo de regulamentação apresenta pontos positivos e negativos. A aprovação da lei n. 9.656/98 consolidou um patamar mais civilizado para intermediar as relações entre clientes e empresas de planos de saúde. Entretanto, a persistência de tensões derivadas dos índices de aumento de preços e restrições de cobertura revela a fragilidade das normas legais perante a necessidade de equilibrar a sustentabilidade dos contratos *vis-à-vis* às expectativas e necessidades de saúde dos clientes.

Para refletir

Como se sabe, determinadas queixas de clientes de planos de saúde, relacionadas com empecilhos ao acesso a serviços e recursos assistenciais e reajuste de preços das mensalidades, se tornam objeto de processos judiciais. Membros do Poder Judiciário por vezes consideram que as restrições contratuais dos planos e seguros de saúde, assim como as da lei n. 9.656/98 e seus sucedâneos, são menos relevantes para orientar suas decisões do que as possibilidades de ocorrência de danos à saúde daqueles que acionam a Justiça. Mas as empresas de planos e seguros consideram indevida a atuação do Poder Judiciário.

Quem deve ser responsável pela garantia de atendimento oportuno e de qualidade aos clientes de planos e seguros de saúde? E em caso de erro, imperícia ou comprovação de realização de procedimentos que não forem comprovadamente seguros?

Considerações finais

A segmentação das coberturas dos planos e seguros representa um desafio permanente à universalização da atenção à saúde, na medida em que seus efeitos ultrapassam as fronteiras das relações de consumo e incidem sobre a organização e a utilização de serviços de saúde da sociedade como um todo. Na prática, os segmentos populacionais cobertos por

planos e seguros de saúde não optaram pelos melhores preços e/ou qualidade dos planos. Os contratos são compatíveis com o *status* socioeconômico de seus clientes e não com suas necessidades de saúde. Essa estratificação interna franqueia ou impõe barreiras de acesso aos prestadores de serviços de saúde.

O mesmo rótulo – planos e seguros de saúde – é utilizado para designar garantias assistenciais muito diferenciadas, desde as redes restritas até altos valores de reembolso e coberturas internacionais. A maioria dos clientes de planos de saúde não tem acesso aos prestadores de serviços categorizados como de 'primeira linha' por meio desses contratos. Para suprir essas lacunas assistenciais, os serviços de saúde de alta qualidade da rede pública são mobilizados para complementar as coberturas de clientes de planos e seguros de saúde.

No Brasil, a despeito da ampliação de cobertura prevista pela legislação, determinados procedimentos assistenciais, como os de saúde mental e alguns de alto custo, são realizados primordialmente por serviços públicos. Além disso, a formação e a capacitação de recursos humanos mais especializados também são prerrogativas de instituições governamentais. Essa estrutura mantém um fluxo público-privado de dupla mão de pacientes e de profissionais da saúde.

Para os clientes, as vantagens das coberturas dos planos de saúde superam as insatisfações com os preços e as barreiras ao acesso a serviços de saúde. Por sua vez, profissionais da área, ainda que manifestem desacordos com os valores de remuneração e intervenções em suas condutas, não prescindem dos credenciamentos que os vinculam às empresas de planos e seguros de saúde. Tampouco anunciam uma renúncia de suas conexões com os serviços públicos, quer como usuários eventuais, quer como empregados. As parcelas da sociedade brasileira mais aquinhoadas dispõem de acesso a ambos os subsistemas.

Portanto, as perspectivas de transformação a curto prazo da complementaridade público-privada que caracteriza o híbrido institucional do sistema de saúde brasileiro, inclusive o mercado de planos e seguros de saúde, parecem remotas. Mas, em um horizonte temporal mais alargado, é plausível supor que os cenários que permitam o desenvolvimento de novos paradigmas assistenciais potencializem o crescente reconhecimento dos sistemas de saúde mais solidários e a efetivação dos direitos de cidadania, entre os quais o direito universal à saúde e à vida.

Leituras recomendadas

OCKÉ-REIS, C. O. & CARDOSO, S. S. *Uma Descrição do Comportamento dos Preços dos Planos de Assistência à Saúde*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2006. (TD 1.232). Disponível em: <www.ipea.gov.br>.

BAHIA, L. *et al*. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a Pnad 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 951-965, dez. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CREMESP). Instituto de Defesa do Consumidor (Idec). *Planos de Saúde: nove anos após a lei n. 9.656/98*, 2007. Disponível em: <www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Planos_de_Saude.pdf>.

THE LANCET. *Health in Brazil*, 2011. Disponível em: <www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO (ABRAMGE). *Informe de Imprensa: dados e estatísticas da medicina de grupo*, jul. 2007. Disponível em: <www.abramge.com.br/informes>.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). *Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos*. 5. ed. 2011. Disponível em: <www.amb.org.br/teste/cbhpm_2010.htm>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Lei n. 9.656/1998. Disponível em: <www.senado.gov.br/sicon>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Lei n. 9.961/2000. Disponível em: <www.senado.gov.br/sicon>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar*, 2005. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Cadernos de Informação de Saúde Suplementar*, set. 2011a. Disponível em: <www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SAS Downloads*, 2011b. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/download.htm>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CHILE. Superintendencia de Salud. *Boletín Estadístico Año 2006*, 2006. Disponível em: <www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-3584_recurso_1.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

COLOMBIA. Archivo Nacional de Datos (ANDA) 2011. Disponível em <http://190.25.231.249/metadatos/index.php/catalog>. Acesso em: 12 jan. 2012

COHN, J. *Sick: the untold story of America's health care crisis – and the people who pay the price*. Nova York: HarperCollins, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *O Médico e o seu Trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Coord. Mauro Brandão Carneiro e Valdiney Veloso Gouveia. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Portal Médico*, 2006. Disponível em: <www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 3 mar. 2011.

DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB) 2009*, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2009%2Fmatriz.htm&botaook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2009%2Fmatriz.htm#cober>. Acesso em: 3 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: um panorama da saúde no Brasil 2008*. IBGE, 2010a. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_ brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Contas Regionais do Brasil 2004-2008*. IBGE, 2010b. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/contasregionais/2008/publicacao2008.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2011.

INSTITUTE FOR HEALTH FREEDOM (IHF). *Americans Favor Private Health-Insurance Options over Mandates*, 2007. Disponível em: <www.forhealthfreedom.org/ Newsletter/December2007.html#Article1>. Acesso em: 3 mar. 2012.

KLEINERT, S. & HORTON, R. South Africa's health: departing for a better future? *The Lancet*, 374(9.692): 759-760, Sept. 2009.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health Data: health at a glance 2007*. Disponível em: <www.oecd.org/health/healthataglance>. Acesso em: 3 mar. 2012.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health Data: health at a glance 2010*. Disponível em: <www.oecd.org/health/healthataglance>. Acesso em: 3 mar. 2012.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE (SIOPS). *Acompanhamento Financeiro: despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados por recursos próprios*, 2011. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2112.

THORPE, K. E. *et al*. Differences in disease prevalence as a source of the U.S.: European health care spending gap. *Health Affairs*, 26(6): 678-686, Nov.-Dec. 2007.

UNIMED. Portal Nacional de Saúde. *Sobre a Unimed*, 2011 Disponível em: <www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094>. Acesso em: 12 jan. 2112.

U.S. CENSUS BUREAU. Current Population Survey. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010*. Disponível em: <www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2012.

U.S. CENSUS BUREAU. Current Population Survey. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2011*. Disponível em: www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf. Acesso em: 12 jan. 2112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National Health Accounts (NHA)*, 2011a. Disponível em: <www.who.int/nha/en>. Acesso em: 12 jan. 2112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO Statistical Information System (WHOSIS)*, 2011b. Disponível em: <http://apps.who.int/whosis/data>. Acesso em: 12 jan. 2112.

Parte IV

Sistema Único de Saúde: setores de atenção

15. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil

Jairnilson Silva Paim

Diversos textos técnicos, documentos oficiais e publicações científicas têm utilizado as noções de modelos de atenção, modelos assistenciais ou modelos tecnoassistenciais. No Brasil, essas expressões aparecem, a partir da década de 1980, geralmente com significados muito próximos. Há certas objeções ao adjetivo 'assistencial', pois lembra assistência médica ou odontológica centrada em procedimentos para indivíduos. Já o termo 'atenção' teria maior abrangência: além de envolver a assistência, incluiria outras ações, individuais e coletivas, nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Na realidade, a opção pela expressão 'modelos de atenção à saúde' pode facilitar uma aproximação com a literatura internacional, uma vez que a prestação da atenção é reconhecida como um dos componentes de um sistema de saúde, juntamente com a gestão, o financiamento, a organização e a infraestrutura de recursos (Kleczkowski, Roemer & Werf, 1984). Nessa perspectiva, modelo de atenção tem como foco o 'conteúdo' do sistema de saúde (ações de saúde) e não o 'continente' (infraestrutura, organização, gestão e financiamento) que foi contemplado nos capítulos 3, 12 e 13. Aqui, o objetivo é destacar a dimensão tecnológica das práticas de saúde, revendo algumas definições apresentadas por autores brasileiros e caracterizando os modelos de atenção hegemônicos, bem como certas propostas alternativas.

Inicialmente, analisam-se os significados do termo 'modelo' no senso comum e no campo científico. Em seguida, procura-se contextualizar a reflexão sobre modelos de atenção empreendida pela saúde coletiva. A partir daí, realiza-se uma revisão crítica das concepções identificadas na literatura, sistematizando-as e indicando algumas conclusões provisórias.

Aspectos teórico-conceituais

Uma breve consulta ao dicionário indica os seguintes significados para a palavra modelo: objeto para ser reproduzido por imitação; molde; representação, em pequena escala, de um objeto; tipo; aquilo que serve de exemplo ou norma. Essa compreensão do termo modelo como algo exemplar, ou padrão a ser seguido, pode ser ilustrada quando um professor afirma que tal estudante é um 'modelo de aluno'. Ou quando costureiros fazem um

desenho e recortam o papel que serve de referência para a confecção do vestido. Do mesmo modo, as crianças brincam com massa de modelar, criando diferentes objetos por meio de formas que procuram imitar. Consequentemente, essa ideia de modelo como padrão, norma, referência ou molde é muito forte e tende a estar presente quando se usa a expressão modelo de atenção. Todavia, esse entendimento traz uma armadilha para as políticas de saúde, pois insinua enquadramento, normatização ou padronização. Faz-se necessário, pois, alertar sobre tais consequências e, se possível, evitar equívocos, além de se proceder a uma reflexão preliminar com a finalidade de compreender o significado de modelo de atenção para além do senso comum.

Na ciência, o conceito de modelo se apresenta a partir da diferença entre forma teórica e realidade empírica, contemplando diversas classes de objetos (Badiou, 1972). Assim, modelos teóricos, matemáticos ou diagramas são uma espécie de esquema sempre parcial e mais ou menos convencional, posto que se ignora a maior parte das variações individuais (Bunge, 1972). De um modo geral, correspondem a uma representação simplificada da realidade onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais. Pode ser um desenho (modelo pictórico), um conjunto articulado de conceitos (modelo teórico ou modelo teorético, modelo lógico) ou uma fórmula (modelo matemático).

Ao ressaltar os traços principais de uma dada realidade empírica, o termo modelo pode ser usado para comparação de situações distintas, como os modelos de proteção social apresentados no capítulo 1, destacando as características do seguro social, da assistência social e da seguridade social. No capítulo 2, são mencionados modelos de estudo para a análise da política de saúde e, no capítulo 4, descrevem-se modelos de causalidade e modelos de intervenção.

No caso da expressão 'modelos assistenciais', ela passou a ser empregada no Brasil a partir da década de 1980, referindo-se às formas de organização dos serviços de saúde, envolvendo unidades com distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si nos diferentes espaços e populações (Brasil, 1990). Muitos textos usavam as expressões modelos de atenção ou modelos assistenciais com o mesmo significado, sem uma preocupação com definições ou conceituações. No entanto, a revisão da literatura revela diferentes concepções, apresentadas a seguir:

1) Forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde, ou seja, modelo de prestação de serviços de saúde, incluindo: estabelecimentos (unidades de produção de serviços desde os mais simples aos mais complexos, como centros de saúde, policlínicas, hospitais); redes (conjunto de estabelecimentos voltados à prestação de serviços comuns ou interligados mediante sistema de referência e contrarreferência, como rede ambulatorial, hospitalar e laboratorial); sistemas (conjunto de instituições de saúde submetidas a leis e normas que regulam o financiamento, a gestão e a provisão dos serviços, a exemplo do SUS e do Sistema de Assistência Médica Suplementar).

2) Forma de organização do processo de prestação de serviços: atenção à demanda espontânea; oferta organizada e ações programáticas (programas de controle de doenças e programas de atenção a grupos populacionais específicos); vigilância da saúde (oferta, demanda, necessidades e problemas) contemplando território, condições e modos de vida e integralidade.

3) Forma de organização das práticas de saúde dirigidas ao atendimento às necessidades e aos problemas de saúde individual e coletiva: promoção da saúde (políticas públicas intersetoriais e ações voltadas à melhoria das condições e dos estilos de vida – modo de vida); prevenção de riscos e agravos (ações de vigilância sanitária e epidemiológica voltadas ao controle de riscos e de doenças – epidemias e endemias); tratamento e reabilitação (diagnóstico precoce, tratamento imediato, redução de danos e sequelas, recuperação da capacidade física, mental e social).

4) Modelo tecnoassistencial em defesa da vida: gestão democrática; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva; maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde.

Diante dessas concepções, algumas perguntas aparecem para aprofundar a reflexão. A concepção (1) seria um modelo de atenção ou um modelo de organização do sistema de serviços de saúde? A concepção (2) seria um modelo de atenção ou um modo de organização do processo de prestação de serviços de saúde? A concepção (3) seria um modelo de atenção ou um modo de organização das ações de saúde? A concepção (4) representaria um modelo tecnoassistencial ou um modelo de gestão?

Apesar da importância dessas contribuições para as políticas de saúde e para a organização de ações e serviços, tais concepções não se respaldaram, na maioria das vezes, em uma reflexão teórico-conceitual. A concepção (1) diz respeito à organização do sistema de serviços de saúde. A concepção (2) remete a um modo de organização do processo de prestação de serviços de saúde. A concepção (3) representa uma forma de organizar as ações de saúde. Já a concepção (4), ao enfatizar a gestão democrática e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida, concentra-se no componente gestão do sistema de serviços de saúde e na formulação de políticas. Nenhuma delas se volta, especificamente, para as dimensões técnicas e tecnológicas das práticas de saúde. Não traziam conceitos explícitos, nem apresentavam, claramente, as teorias que lhes sustentavam.

Contudo, algumas definições ressaltaram a dimensão técnica das práticas de saúde enquanto outras sugeriam uma dada forma de organização de serviços. Há, ainda, aquelas que conjugam ambas as acepções: modo com que são produzidas as ações de saúde e a maneira como se organizam os serviços de saúde. Campos apresentou a seguinte definição de modelo de atenção:

> Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só técnica. (Campos, 1997: 266)

Talvez esse objeto que não é só técnico, nem somente político, tenha levado a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a adotarem a noção de modelo de atenção, ora referindo-se à prestação da atenção, ora como proposta política de reorganização do sistema de serviços de saúde, a exemplo dos Sistemas Locais de Saúde (Silos).

No Brasil, a proposta de Silos foi redefinida, com a denominação de distrito sanitário, enfatizando a integralidade da atenção (Silva Junior, 1998). Ainda assim, duas concepções de distrito sanitário disputavam no processo de implantação: distrito sanitário como modelo de atenção ou como modelo organizacional-gerencial de serviços de saúde. No primeiro caso, tratava-se de identificar combinações tecnológicas a serem acionadas em função dos problemas de saúde diagnosticados, adquirindo centralidade o conceito de práticas de saúde. No segundo caso, a preocupação central era a organização e gerência de serviços, apelando para a noção de rede. Na realidade, enquanto o modelo de atenção diz respeito ao conteúdo do sistema de saúde (as ações ou intervenções de saúde), o modelo organizacional-gerencial refere-se ao continente (estrutura e articulação dos estabelecimentos de saúde).

Modelo de atenção, nessa segunda perspectiva, pode ser ilustrado com a seguinte definição:

> Modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (Mendes, 2010: 2.302)

Pode-se, então, constatar nesse caso uma visão na qual o modelo é algo exemplar e supõe o funcionamento de redes, estratificação por risco, preocupação com os determinantes sociais da saúde e com o quadro demográfico e epidemiológico, além das intervenções. Trata-se do modelo como um molde a orientar a construção de redes de atenção à saúde e a montagem de sistemas integrados de saúde. Ideia semelhante aparece com o modelo assistencial em saúde mental (Borges & Baptista, 2008), voltado para a desinstitucionalização, contrapondo o modelo asilar ou manicomial ao psicossocial. Enquanto o primeiro privilegia o espaço hospitalar e o saber psiquiátrico, o segundo enfatiza a reinserção social, os direitos humanos, a autonomia e a cidadania no processo da reforma psiquiátrica brasileira (Quinderé *et al.*, 2010).

Entretanto, quando a reflexão sobre modelos de atenção se desloca do senso comum para o campo técnico-científico, impõe-se buscar certa precisão conceitual para facilitar a compreensão e orientar as escolhas técnicas e decisões políticas. Nesse caminho, importa identificar os traços fundamentais, as lógicas, a razão de ser ou as racionalidades que caracterizam os modelos de atenção à saúde vigentes, bem como as propostas alternativas.

Na medida em que o sistema de saúde se propõe a solucionar problemas de saúde e atender às necessidades por meio de ações integrais, não é aconselhável ignorar a natureza das ações de saúde, nem as tecnologias a serem empregadas nas suas relações com a totalidade social. Assim, a questão de fundo necessária à reflexão sobre modelos de atenção diz respeito ao processo de trabalho em saúde.

A teoria do processo de trabalho entende a prática de saúde como um processo de transformação de um dado objeto em um produto, a partir de uma finalidade prevista ou de um projeto. Nessa prática, são acionados meios de trabalho que contribuem para uma aproximação ao objeto e para sua transformação, mediante a realização de atividades ou trabalho propriamente dito. Esses meios ou instrumentos de trabalho podem ser materiais, como um estetoscópio ou uma vacina, e não materiais, como o saber clínico ou epidemioló-

gico. Nessa teoria, os momentos constituintes do processo de trabalho são o objeto, os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito. Além disso, devem ser consideradas as relações técnicas e sociais entre agentes-sujeitos, sob as quais é realizado o trabalho em saúde.

Estudos sobre as práticas de saúde nessa perspectiva identificaram, inicialmente, o corpo como objeto do trabalho médico. Esse corpo, portador de necessidades traduzidas como doenças, seria objeto de intervenção por meios de trabalho, como o saber médico e os seus instrumentos diagnósticos e terapêuticos (Arouca, 2003). No entanto, as reflexões sobre o normal e o patológico ultrapassaram as dimensões anatômicas e fisiológicas, permitindo uma discussão sobre o campo da normatividade médica e sobre as relações entre saúde e estrutura social (Donnangelo & Pereira, 1976). Já as pesquisas subsequentes indicaram as relações entre necessidades, tecnologias e práticas de saúde (Mendes-Gonçalves, 1988, 1992).

Além das tecnologias mais estruturadas, como equipamentos e medicamentos, tem sido ressaltado um conjunto de tecnologias não tão estruturadas presentes no trabalho em saúde, denominadas 'leves' (Merhy, 1997). Essa proposição parte do reconhecimento de que o trabalho em saúde dispõe de uma ampla margem de autonomia, de modo que, no trabalho vivo, poderiam ser produzidas relações inovadoras ou instituintes de grande importância para a qualidade do cuidado. Distingue as tecnologias duras (tensiômetro, vacinas, tomógrafo, estruturas organizacionais etc.), leve-duras (epidemiologia, clínica médica, psicanálise, questionários, prontuários, protocolos etc.) e leves (acolhimento, escuta, diálogo, vínculo, responsabilização etc.). Essas tecnologias 'leves' vêm sendo consideradas geradoras de satisfação em unidades de saúde da família (Ferri *et al.*, 2007) e auxiliares no enfoque de redução de danos utilizado na reorientação do modelo de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009). Assim, o Ministério da Saúde inclui como tecnologias, além de medicamentos e equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, protocolos assistenciais, entre outros (Brasil, 2006).

Se a teoria do processo de trabalho aponta para diferentes objetos, meios e atividades, os modelos de atenção dizem respeito às tecnologias como meios de trabalho. Assim, um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde. Não como algo exemplar, molde, norma ou padrão que todos devem seguir ou rejeitar, como aparece em alguns discursos, tais como "o modelo de atenção do SUS deve ser a saúde da família" ou "o modelo assistencial do Brasil é hospitalocêntrico". Ao contrário, indica modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas.

> **Modelos de atenção**
> Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas.

Nessa perspectiva, modelo de atenção é uma combinação de tecnologias acionadas para resolver problemas e atender às necessidades de saúde, individuais e coletivas. A partir do seu estudo, podem ser identificadas distintas racionalidades que orientam as ações de saúde e que conduzem à adoção de certos meios de trabalho em uma dada situação. Portanto, a teoria do processo de trabalho em saúde desenvolvida por pesquisadores brasileiros fornece elementos conceituais mais potentes para a compreensão e crítica dos modelos de atenção, no sentido de fundamentar a transformação das práticas de saúde.

Contudo, se na elaboração teórico-conceitual faz sentido articular a noção de modelo de atenção à teoria do processo de trabalho em saúde, reconhecendo as tecnologias como meios de trabalho, na perspectiva estratégica devem ser também consideradas outras dimen-

sões – política, gerencial e organizativa –, que podem ser alvo da conjunção de propostas sinérgicas para as mudanças nos sistemas de saúde (Teixeira & Solla, 2006).

Contextualização: movimentos ideológicos e proposições de modelos

Após a discussão teórico-conceitual, convém proceder a uma contextualização no sentido de identificar movimentos ideológicos que influenciaram na elaboração de modelos e no desenvolvimento histórico das políticas e práticas de saúde. Neste tópico, o termo modelo será utilizado na acepção de esquema ou desenho, isto é, como representação simplificada da realidade.

Ao se ultrapassar a ideia de que cada doença teria uma causa específica, tal como fora difundido no final do século XIX, o modelo agente-hospedeiro-ambiente fundamentou muitas ações de saúde, reforçando a concepção de multicausalidade. Indicava que a doença poderia ocorrer a partir do desequilíbrio nas relações entre tais elementos, de modo que o agente ou o ambiente pudesse agredir o hospedeiro. As medidas de controle das doenças, além de intervirem sobre o agente e sobre o hospedeiro, ampliariam a sua atuação para o ambiente (físico, biológico e sociocultural), sendo esse esquema também conhecido como 'modelo ecológico'.

A partir das influências do movimento ideológico da medicina preventiva (Arouca, 2003), foi difundido o 'modelo da história natural das doenças' estabelecendo cinco níveis de prevenção, cujas medidas poderiam ser aplicadas de forma integral em diversos momentos do processo saúde-doença, conforme descrito no capítulo 4.

Medicina preventiva

A medicina preventiva utilizava noções como processo saúde/doença, história natural das doenças, multicausalidade, integração, resistência, inculcação e mudança. Articulava um conjunto de medidas de prevenção que resultariam em condutas substitutas de uma atitude ausente da prática médica, ou seja, a atitude preventiva e social. Indicava a possibilidade da redefinição das responsabilidades médicas por meio de mudanças na educação, mantendo a organização de serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal (Arouca, 2003).

Nesse 'modelo da história natural das doenças', como representação esquemática do complexo processo saúde-doença, a epidemiologia e a clínica seriam as disciplinas básicas para a intervenção das práticas de saúde. A primeira estaria voltada especialmente para o estudo das doenças nas populações e dos seus determinantes, sobretudo no período pré-patogênico, orientando a prevenção da ocorrência. A segunda analisaria os processos mórbidos no âmbito individual, ou seja, no período patogênico, contribuindo na prevenção da evolução da doença pelo diagnóstico precoce e tratamento.

Já o movimento ideológico da medicina comunitária propunha a regionalização e a integração das ações e dos serviços, considerando uma hierarquia de níveis do sistema de serviços de saúde visando ao cuidado progressivo ao paciente (continuidade ou integralidade da atenção). As noções de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde vinculavam-se ao 'modelo da pirâmide' para a organização de serviços com os níveis de atenção primária, secundária e terciária, descritos no capítulo 17. A crítica que se realizou

contra a concentração de recursos nos níveis secundário e terciário, sobretudo na assistência hospitalar (a quem os custos crescentes do setor saúde foram atribuídos), levou a se rotular tal situação de 'modelo hospitalocêntrico'.

Medicina comunitária

Tratava-se de uma tentativa de operacionalização da medicina preventiva, acrescentando outras ideias como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. A medicina comunitária apresentou-se em alguns países de um modo focal, quando se restringia a atividades experimentais, vinculadas ao Centro de Saúde-Escola, e de um modo expansionista, quando se apresentava como programas de extensão de cobertura de serviços de saúde (Paim, 2006).

A medicina preventiva e a medicina comunitária não constituem, propriamente, modelos de atenção. Como conjunto de práticas ideológicas voltadas para modificar concepções e visões de mundo, relacionadas com a prática médica, tais movimentos apenas propiciaram a proposição de modelos na acepção de representação simplificada da realidade, como o 'modelo da história natural das doenças' e o 'modelo da pirâmide'. O primeiro apresentava um esquema como os níveis de prevenção e o segundo, uma hierarquização dos níveis de atenção. Ambos contribuíram com a elaboração de argumentos voltados para a reorganização das práticas de saúde.

Após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, desenvolve-se o movimento da atenção primária à saúde, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo.

Atenção primária à saúde

A partir da difusão do corpo doutrinário da Declaração de Alma-Ata, distintas concepções de atenção primária têm fundamentado as políticas e práticas de saúde, conforme apresentado no capítulo 16.

Desse modo, o 'modelo da atenção primária' era contraposto ao 'modelo hospitalocêntrico', alimentando uma crítica político-ideológica visando à reformulação das políticas públicas e à reorganização do sistema de serviços de saúde.

Outro modelo concebido na década de 1970 ficou conhecido como 'campo da saúde', o qual orientou a reformulação de políticas de saúde no Canadá, considerando quatro polos: ambiente, biologia humana, estilo de vida e sistema de organização dos serviços. O 'modelo do campo da saúde', descrito detalhadamente no capítulo 4, foi usado como argumento para questionar os custos crescentes da assistência médica, justificando que o perfil epidemiológico poderia ser mais bem explicado pelos determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que propriamente pelas intervenções do sistema de saúde.

Essa concepção foi reforçada com o movimento da promoção da saúde, que teve como marco a Carta de Otawa, em 1986, enfatizando os determinantes socioambientais da saúde. Consequentemente, as intervenções a serem acionadas estariam mais voltadas para tais determinantes. Com a ampliação das discussões sobre determinantes sociais da saúde, difundiu-se o 'modelo Dahlgren & Whitehead', contemplando elementos biológicos, estilo de

Para conhecer mais sobre os determinantes dos processos saúde-enfermidade, consulte o capítulo 4.

vida, redes sociais e comunitárias, além de condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. No capítulo 4, são apresentados os determinantes proximais, intermediários e distais vinculados ao referido modelo, destacando-se as recomendações da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde em 2008.

Promoção da saúde

De acordo com a Carta de Otawa, "as condições e os requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade". A promoção da saúde visaria à garantia de igualdade de oportunidades, proporcionando meios "que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde". Propunha cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde.

Diversas conferências internacionais têm ampliado a discussão sobre promoção da saúde, com recomendações mais abrangentes.

Fonte: Rabello, 2010.

Esses programas e outras políticas de saúde das décadas de 1970 e 1980 são analisados no capítulo 11, que trata da história das políticas de saúde nesse período.

A ideia de integração das ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, tal como proposta pela medicina preventiva e pela medicina comunitária, passou a inspirar iniciativas políticas mais amplas, como o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp).

Mas é justamente com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no início da década de 1980, que o princípio da integralidade se torna mais explícito. A crítica à organização de programas verticais ou especiais (Programa Materno-Infantil, Programa Nacional de Imunizações, Programa de Tuberculose etc.), de um lado, e a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), de outro, trouxeram para o debate no país a questão dos modelos de atenção com vistas à integralidade.

Princípio da integralidade

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária brasileira em quatro perspectivas: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.), que incidissem sobre as condições de vida e a determinação social da saúde, mediante ação intersetorial.

Diferentes sentidos e significados têm sido atribuídos a este princípio, constatando-se um esforço de reflexão teórica e de pesquisa para o estabelecimento de critérios que permitam a sua implantação e operacionalização. Assim, os sistemas de serviços de saúde organizados segundo tal princípio incorporariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações

de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral do indivíduo e das famílias. Na caracterização de práticas integrais, destacam-se: atendimento às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações em suas dimensões biopsicossociais; compromisso dos distintos níveis do sistema de saúde; ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas no cuidado individual de um serviço em qualquer nível do sistema ou em outros setores, conforme a necessidade; equipes multiprofissionais que valorizem o acolhimento, a escuta, o diálogo e o vínculo nas relações interpessoais. O princípio da integralidade pode orientar o cuidado, as práticas, os programas, as políticas e os sistemas de saúde (Giovanella *et al.*, 2002; Nunes, 2011).

Esse debate foi promovido pelo movimento sanitário na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira e na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Posteriormente, o princípio da integralidade foi inserido na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas normas do Sistema Único de Saúde (SUS) que postulavam a mudança do modelo de atenção, além de ser fortalecido com as discussões em torno da promoção da saúde e dos determinantes sociais da saúde.

Essa breve contextualização procurou indicar certas relações entre movimentos ideológicos, construção de modelos de atenção e iniciativas de políticas de saúde. Portanto, movimentos ideológicos que atravessaram o âmbito da saúde nos países centrais e periféricos foram reproduzidos no Brasil, de modo que o movimento da medicina preventiva difundiu-se nas décadas de 1950 e 1960, institucionalizando-se por meio da criação de departamentos nas escolas médicas, especialmente após a Reforma Universitária de 1968. O movimento da medicina comunitária chegou ao Brasil na década de 1970, reproduzindo-se nos centros de saúde-escola e nos programas de extensão de cobertura e reforçando-se após a Conferência de Alma-Ata. O movimento da atenção primária possibilitou a implantação de programas em alguns estados e municípios na década de 1980 e do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) na seguinte. Já o correspondente à medicina de família penetrou no Brasil durante a década de 1980, absorvido inicialmente em sistemas municipais de saúde, ampliando-se em 1994, mediante um programa especial do Ministério da Saúde (Paim, 2006).

Enquanto o 'modelo hospitalocêntrico' era criticado por técnicos e dirigentes, a atenção primária e a promoção da saúde passaram a ser defendidas como modelos de atenção. No caso da promoção da saúde, apesar de a 8ª CNS trazer um conjunto de proposições convergentes com seu corpo doutrinário, a incorporação em políticas públicas só teve início na segunda metade da década de 1990, sendo formalizada em 2006.

Movimentos ideológicos como a medicina preventiva, medicina comunitária, atenção primária e promoção da saúde, ao mesmo tempo que construíram representações da realidade (modelo ecológico, modelo da história natural das doenças, campo da saúde, modelo Dahlgren & Whitehead), também contribuíram para a construção de modelos de atenção à saúde, como racionalidades, como se apresenta a seguir.

Modelos de atenção à saúde no Brasil

Os modelos de atenção podem atender à lógica da demanda ou à das necessidades. Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas. Desse modo,

dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico e o modelo sanitarista. Esses modelos hegemônicos não contemplam nos seus fundamentos o princípio da integralidade: ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitarista).

Diante dessas limitações, desde a 8ª CNS discutem-se problemas identificados na prestação da atenção, entre os quais as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade das ações. Essa preocupação reaparece na 10ª CNS, em 1996, que teve como tema central "SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida". Na 11ª CNS, em 2000, apresentou-se como um dos subtemas de discussão "Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde".

Já na 12ª CNS, em 2003, modelo de atenção foi tratado transversalmente na maior parte dos temas, e na 13ª CNS, em 2007, esteve presente no eixo temático intitulado "Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida". Do mesmo modo, o documento orientador para os debates da 14ª CNS, em 2011, defendia um sistema de saúde não apenas universal e igualitário, mas também organizado para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Criticava o modelo de atenção hegemônico com predomínio de práticas individualistas, curativas e centradas em doenças e nos atendimentos hospitalares, propondo a atenção integral aos novos perfis de necessidades e demandas, bem como ações e políticas intersetoriais.

Desse modo, diversas iniciativas têm sido empreendidas, no sentido de superar os limites dos modelos hegemônicos e construir propostas alternativas mais coerentes com a Reforma Sanitária brasileira.

Modelos de atenção hegemônicos

O conceito de hegemonia aqui empregado para qualificar modelos de atenção à saúde diz respeito à direção política e cultural exercida por um dado projeto de uma classe ou de um segmento social e acionada para a obtenção do consenso ativo da população (Gruppi, 1978). Assim, o modelo médico e o modelo sanitarista podem ser identificados como aqueles predominantes no sistema de saúde brasileiro.

O modelo médico hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) a-historicidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (Menéndez, 1992). A influência política e cultural exercida por esse modelo junto aos profissionais da saúde, à população e aos chamados formadores de opinião, no que diz respeito aos problemas de saúde, ilustra o conceito de hegemonia anteriormente referido. Como representantes desse modelo, podem ser mencionados o modelo médico assistencial privatista e o *managed care* (atenção gerenciada).

O modelo sanitarista apoia-se nas correntes bacteriológica e médico-sanitarista que geraram, segundo Merhy (1992), distintos modelos tecnoassistenciais, como o campanhista e o verticalista permanente. Portanto, esse modelo sanitarista remete à ideia de campanha

ou programa, sempre presente no imaginário da população e de técnicos, diante de um problema ou de uma necessidade de saúde de caráter coletivo. Embora subalterno ao modelo médico, predomina no Brasil desde o início do século XX, sob a influência norte-americana. Fundamenta-se no saber biomédico (microbiologia, parasitologia, virologia, imunologia, clínica etc.), bem como nas disciplinas de epidemiologia, estatística, administração, saneamento, entre outras.

Ao tomar como objeto os modos de transmissão e fatores de risco, o modelo sanitarista busca tecnologias específicas para cada problema identificado, recorrendo a uma organização vertical para a intervenção. Apresenta traços autoritários desde a emergência da polícia sanitária e as medidas de saúde pública adotadas por Oswaldo Cruz (Paim *et al.*, 2011). Como exemplos desse modelo de atenção, cabem ser citados as campanhas sanitárias (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias etc.), os programas especiais (controle da tuberculose, hanseníase, Aids, tabagismo etc.) e as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

1) Modelo médico assistencial privatista

Representa a versão mais conhecida do modelo médico. É centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. É o modelo de atenção mais conhecido e prestigiado pela mídia, pela categoria médica, por políticos e pela população medicalizada, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde. Seu objeto tem sido identificado como a doença ou o doente; seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são as tecnologias médicas; e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para os hospitais (Teixeira & Solla, 2006). Volta-se para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por livre iniciativa, os serviços de saúde. Consequentemente, as pessoas e os grupos populacionais que não percebam a existência de problemas de saúde ou que não estejam alertas para a promoção da saúde e para as medidas de prevenção de riscos, doenças e agravos não seriam atendidas pelo sistema de saúde, pois não constituiriam uma demanda espontânea.

Esse modelo encontra seus fundamentos na chamada medicina flexneriana, reforma médica operada nos Estados Unidos a partir do Relatório Flexner, em 1911. Apesar de certas objeções ao suposto 'modelo biomédico flexneriano', sublinhando que tal relatório reconhecia o fato de a função do médico tornar-se mais social e preventiva do que individual e curativa (Almeida Filho, 2010), aqui se considera o flexnerismo como o movimento ideológico que influenciou, historicamente, a educação e a prática médica.

Principais características da medicina flexneriana

- Ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças.
- Organização da assistência médica em especialidades.
- Valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial.
- Educação médica separando as disciplinas do ciclo básico (anatomia, bioquímica, fisiologia, bacteriologia etc.) e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino.

No Brasil, o modelo médico-assistencial privatista esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entretanto, não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se, também, no SUS. É predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população.

2) Modelo da atenção gerenciada

Até recentemente, o modelo médico-assistencial privatista predominava na medicina liberal e empresarial, bem como nos serviços públicos (hospitais, centros de saúde e laboratórios). Com o crescimento de cooperativas médicas, medicina de grupo, planos de saúde autogestão e seguro-saúde, o modelo de atenção gerenciada (*managed care*) passa a coexistir, contraditoriamente, com o modelo médico assistencial privatista. Encontra seus fundamentos na economia (análises de custo-benefício e custo-efetividade) e na medicina baseada em evidências, possibilitando a construção de um modo de produção do cuidado centrado em distintos atores sociais: financiadores, provedores, consumidores, captadores de recursos e administradores (Merhy, 2002).

Você pode conhecer o que são e como funcionam os planos e seguros de saúde lendo o capítulo 14.

Medicina baseada em evidências

Trata-se de um enfoque fundamentado na epidemiologia clínica, informática e bioestatística, propiciando a sistematização e a síntese de informações e conhecimentos científicos para orientar a decisão clínica. Tem, entre outros propósitos, a racionalização dos custos e a redução de erros médicos. Apoia-se em diretrizes (*guidelines*), conferências de consenso, meta-análises, protocolos, guias etc.

Para saber mais sobre medicina baseada em evidências, consulte o capítulo 25.

Os protocolos clínicos adquirem grande relevância nesse modelo, mas, em vez de constituírem uma tecnologia capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da sua avaliação, representam uma camisa de força no *managed care*, à qual sujeitam médicos e pacientes.

Excetuando-se o estímulo ao consumismo médico e o privilégio da medicina curativa (pois a prevenção pode baixar custos e aumentar lucros dos chamados planos de saúde), o modelo da atenção gerenciada preserva as demais características do modelo médico hegemônico, especialmente a saúde/doença como mercadoria, o biologismo e a subordinação dos consumidores. Mas enquanto o modelo médico assistencial privatista estimula a superprodução de serviços, ações e procedimentos, contribuindo para o aumento dos custos da atenção, o modelo da atenção gerenciada tende a apostar na subprodução e no controle mais íntimo do trabalho médico, posto que as formas de pré-pagamento assim condicionam. Dirige-se, portanto, para a contenção da demanda e o racionamento dos procedimentos e serviços especializados de alto custo.

A transição verificada com a penetração do capital financeiro no setor saúde costuma atingir o núcleo tecnológico em saúde, podendo inclusive descentrar o trabalho dos equipamentos e dos especialistas. Na assistência médica, o *managed care* pode envolver outros profissionais, a exemplo dos enfermeiros “no controle mais pessoal dos custos e explorando

a grande eficácia das tecnologias leves e leve-duras na produção dos atos de saúde" (Merhy, 2002: 87). Na assistência sanitária individual, atua sob a lógica do risco, aumentando a presença de equipes multiprofissionais na sua prevenção e selecionando grupos sadios para a redução de custos. Já na ação coletiva admite a prerrogativa da atuação estatal (Merhy, 2002).

3) Campanhas sanitárias

Essa combinação de tecnologias fundamenta-se nas disciplinas biológicas (microbiologia, parasitologia, entomologia, virologia, toxicologia, imunologia etc.) e na epidemiologia. Concentra a sua atuação em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais distais da situação de saúde. Consequentemente, expressa um modelo de atenção que não enfatiza a integralidade da atenção, nem a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Apresenta uma organização de caráter temporário, com direção centralizada e unificada (Paim, 2003).

4) Programas especiais

Embora muitas campanhas tenham sido substituídas por programas especiais, a essência do modelo sanitarista mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacional, estadual e municipal (às vezes distrital e local). As decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritária.

Uma simples consulta ao Ministério da Saúde pode ser suficiente para constatar os problemas desse modelo. São dezenas de programas e projetos, quase um para cada doença considerada relevante ou para grupo populacional reconhecido como prioritário ou capaz de exercer pressão política. É uma pulverização de recursos e de atividades, nem sempre com objetivos bem definidos, propiciando conflitos desnecessários em instituições, estabelecimentos, serviços e equipes de saúde diante das verbas 'carimbadas' e das dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde. Assim, tem-se os programas de Aids, hiperdia (hipertensão e diabetes), tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador etc. É como se a mulher não fosse adulta, nem trabalhadora, ou como se crianças, adolescentes e idosos não tivessem sexo. E na medida em que muitos desses grupos estão sujeitos às violências, apresentam transtornos mentais e não estão livres de doenças como tuberculose, diabetes, hipertensão arterial e hepatites virais, reproduzem-se interseções ou superposições entre os programas, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades.

Alguns desses programas institucionalizam-se de tal forma que são regidos por legislação específica, transformando-se em políticas ou constituindo redes assistenciais paralelas. Nessa situação, poderiam ser mencionados os programas de Aids e de transplantes, a saúde mental e a saúde do trabalhador (Paim *et al*., 2011). No caso da Política Nacional de Saúde do Homem, chega-se ao ponto de delimitar tal condição de gênero até os 59 anos, de modo que, a partir dessa idade, os indivíduos no limite poderão ser considerados idosos.

No entanto, certos programas especiais têm aspectos positivos, como o fato de apresentarem objetivos bem definidos e metas, além de atividades e recursos, o que pode facilitar a avaliação.

5) Vigilância sanitária

A vigilância sanitária envolve um conjunto de intervenções que se confunde historicamente com a própria saúde pública. Circunscreve sua atuação especialmente sobre os riscos, fundamentando-se em conhecimentos biomédicos, no saber jurídico e na epidemiologia, contando com o apoio de laboratórios de saúde pública. Tem como propósitos a regulação, o controle e a fiscalização sobre a produção, a distribuição e o consumo de produtos e serviços nocivos ou potencialmente prejudiciais à saúde. Embora a sua intervenção concentre-se na proteção da saúde, o seu desenvolvimento recente no Brasil a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, busca ampliar a sua atuação para a promoção da saúde.

Vigilância sanitária

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: 1) o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidos todas as etapas e os processos, da produção ao consumo; 2) o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde (lei n. 8.080/90).

Para conhecer com detalhes as atribuições da vigilância sanitária no Brasil, consulte o capítulo 23.

A elaboração teórico-conceitual desenvolvida a partir de então tem permitido delimitar objetos de intervenção e meios de trabalho, levando em conta a teoria do processo de trabalho em saúde. Na medida em que a vigilância tenha como finalidade a qualidade de vida, os 'meios de vida' podem ser considerados o objeto de suas práticas. Os meios de vida, identificados como nutrientes, energias e estado de saúde, podem ser ampliados, contemporaneamente, incluindo ambientes, medicamentos, equipamentos, alimentos, tecnologias médico-sanitárias etc., todos alvos da vigilância sanitária. Consequentemente, a promoção desses meios de vida ou a proteção contra a vulnerabilidade e as ameaças de sua deterioração constituem práticas da vigilância sanitária. Envolve, também, o controle de riscos (ocupacionais, iatrogênicos, institucionais, ambientais e sociais) e a regulação para além das suas conhecidas ações burocráticas e cartoriais (Paim, 2008).

Na análise da especificidade dos objetos da vigilância sanitária, tem-se ressaltado a sua dupla dimensão como 'meios de vida' e 'mercadoria'. Assim, baseando-se na referida teoria, destacam-se como objeto de trabalho os produtos, processos e ambientes de interesse da saúde. Entre os meios de trabalho, podem ser citados saberes, instrumentos e normas técnicas e jurídicas. Já o trabalho propriamente dito inclui análises laboratoriais, registro de produtos, inspeção sanitária, vigilância de eventos adversos, controle sanitário da circulação de meios de transporte, cargas e pessoas, entre outras atividades. Nesse caso, os agentes do trabalho são funcionários do Estado, o produto do trabalho seria o controle de riscos reais e potenciais e a finalidade do trabalho, a defesa e a proteção da saúde da coletividade (Souza & Costa, 2010).

Estudos e pesquisas realizados na última década, assim como as várias iniciativas para a renovação da vigilância sanitária no Brasil, repõem a questão da integralidade para essa área de atuação do SUS, incluindo propostas alternativas de modelos de atenção (Costa, 2008; Pepe *et al.*, 2010; De Seta & Dain, 2010; O'Dwyer, Reis & Silva, 2010). O Plano Diretor de

Vigilância Sanitária (PDVISA) destaca a necessidade de que a vigilância sanitária se integre às ações e aos programas do SUS, embora ainda se verifiquem certo isolamento ou encontros pontuais, como no caso da assistência à saúde da mulher (Maia, Guilhem & Lucchese, 2010).

6) Vigilância epidemiológica

Inicialmente, a vigilância epidemiológica era considerada uma etapa dos programas de erradicação (malária e varíola), que vinha após as fases de preparação e de ataque. Depois, foi definida como um conjunto de atividades que permitiria reunir a informação indispensável para conhecer a história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança decorrente de alterações dos fatores condicionantes, visando a recomendar oportunamente medidas que levassem à prevenção e ao controle da doença (Fossaert, Llopis & Tigre, 1974). Apoiava-se em um sistema de informação-decisão-controle, baseado na epidemiologia e na estatística, além das disciplinas biológicas, e não se limitava às doenças transmissíveis. Após a apresentação dessa proposta na 5ª CNS, em 1975, foi aprovada a lei n. 6.259/75, organizando o sistema no país. A lei n. 8.080/90, embora inspirada na definição anterior e na experiência brasileira, concentra-se ainda no controle de danos em vez do controle de riscos e dos determinantes.

Vigilância epidemiológica

Conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (lei n. 8.080/90). Outros conceitos e atribuições da vigilância epidemiológica são apresentados no capítulo 22. Compare.

Presentemente, é possível identificar no Brasil uma vigilância epidemiológica tradicional e outra moderna (vigilância em saúde pública). A primeira corresponde às práticas realizadas no cotidiano dos serviços, como as ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoção de medidas de prevenção e controle referentes às doenças transmissíveis. Na segunda, a coleta, análise, interpretação e disseminação de dados e informações, bem como a execução de ações de prevenção e controle, são realizadas de forma contínua, com foco dirigido para resultados específicos. Pode ser ilustrada pela portaria n. 1.172, de 15/06/2004, que estruturou o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), incluindo, além das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e dos agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, a vigilância ambiental e a vigilância da situação de saúde (Silva & Vieira-da-Silva, 2008).

7) Pacs/PSF

Integrando, ainda, o modelo sanitarista, dois programas alcançaram grande repercussão na década de 1990: o Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF). Como expressão de política de saúde focalizada dirigida aos pobres e excluídos, não diferem muito dos programas especiais. Incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.

O PSF, criado como um programa especial, foi integrado ao Pacs na segunda metade daquela década. Assenta-se em equipes de saúde (médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde) para uma população adscrita, podendo ser acrescida de odontólogos. Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, outros profissionais da saúde, como assistentes sociais e psicólogos, participam desse modelo de atenção. O seu desenvolvimento conceitual, institucional e operacional permite reconhecer certas potencialidades inovadoras, conforme será discutido no próximo tópico.

Para refletir
Defina, com as suas próprias palavras, o que são programas especiais em saúde e discuta alguns considerados exitosos e outros problemáticos no Brasil, justificando as respectivas escolhas.

Construindo alternativas

Na reflexão sobre modelos de atenção à saúde no Brasil, a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços se constituem grandes desafios para as políticas públicas. Na busca de alternativas aos modelos de atenção hegemônicos, têm sido valorizadas diversas propostas, tais como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado. A maioria dessas propostas tenta conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade. Enquanto algumas valorizam a efetividade e a qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços.

1) Oferta organizada

Esta proposta se volta para o nível local, buscando compatibilizar a ideia de impacto com o princípio da não rejeição à demanda. Procura, no entanto, redefinir as características da demanda, contemplando as necessidades epidemiologicamente identificadas. Favorece relações funcionais e programáticas entre a demanda espontânea e a oferta no interior da unidade de saúde, visando ao comprometimento dos serviços com as necessidades de saúde da população. Assim, os principais problemas seriam identificados na análise da situação mediante estudos epidemiológicos que orientariam a programação da oferta de serviços e ações nos estabelecimentos de saúde. A obtenção do melhor impacto na solução do problema seria conseguida por meio de uma combinação de recursos e tecnologias capazes de garantir alto grau de efetividade e qualidade da atenção.

Mesmo que as normas técnicas sejam estabelecidas em níveis mais centrais do sistema, passariam por adaptações no nível local. A oferta organizada é realizada no âmbito de unidades de saúde. As noções de territorialização, integralidade e impacto epidemiológico, embutidas nessa proposta, reorientariam o planejamento de saúde para uma base populacional específica. Portanto, a oferta organizada tende a superar as formas de organização de produção de ações de saúde vigentes nos modelos de atenção hegemônicos, inclusive as campanhas e os programas especiais.

Uma unidade de saúde, ao se orientar pela oferta organizada, estaria preocupada em atender indivíduos, famílias e comunidade que constituem demanda espontânea por consulta, pronto atendimento, urgência/emergência e, ao mesmo tempo, estaria voltada para a

execução de ações sobre o ambiente e grupos populacionais, visando ao controle de agravos, doenças e riscos, bem como ao atendimento das necessidades da comunidade. Nessa perspectiva, a unidade de saúde precisaria dispor de um serviço de arquivo médico e estatístico organizado, com triagem normatizada e um pronto atendimento capaz de atender o paciente ou encaminhá-lo devidamente, através de um sistema formalizado de referência e contrarreferência. Nesse sentido, seriam utilizados protocolos para identificação e controle dos agravos reconhecidos como problemas prioritários, bem como para assegurar a qualidade da atenção.

Essa unidade de saúde, organizada de acordo com o princípio da integralidade, articularia o conjunto das ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) sobre indivíduos e sobre o ambiente, visando ao controle de agravos, à proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos e à promoção da saúde. A organização interna das unidades e dos processos de trabalho, assim como as normas, as rotinas e os protocolos assistenciais elaborados, deveriam dar conta não só da atenção médica individual, mas também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada. Os profissionais da unidade de saúde teriam conhecimento dessas ações, se foram ou não realizadas pelo setor responsável, e acompanhariam o desenvolvimento das atividades realizadas não só em 'seus' pacientes, mas as executadas na 'sua' unidade para a população do 'seu' território. Para isso, haveria mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores da saúde, inclusive os médicos, além do acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade vinculada àquele estabelecimento de saúde. Portanto, no caso da oferta organizada, epidemiologicamente orientada, tem-se uma atenção setorial e predominantemente intramural, ou seja, no interior dos estabelecimentos de saúde (Paim, 2003).

2) Distritalização

As experiências de implantação de distritos sanitários iniciaram-se com o Suds em alguns estados, como Bahia, Rio Grande do Norte e São Paulo (Brasil, 1990). A proposta de distritalização procurava organizar serviços e estabelecimentos em uma rede estruturada com mecanismos de comunicação e integração, desenvolvendo, ao mesmo tempo, um modelo de atenção de base epidemiológica. Doze princípios fundamentavam a organização dos distritos sanitários: 1) impacto; 2) orientação por problemas; 3) intersetorialidade; 4) planejamento e programação local; 5) autoridade sanitária local; 6) corresponsabilidade; 7) hierarquização; 8) intercomplementaridade; 9) integralidade; 10) adscrição; 11) heterogeneidade; 12) realidade.

Distrito sanitário

Unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, gerenciais e políticos, onde se localizavam recursos de saúde, públicos e privados, organizados por meio de um conjunto de mecanismos políticos institucionais, com a participação da sociedade organizada, para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde.

A distritalização não se restringia às atividades intramurais, nem a um recorte arbitrário do território, nem à instalação de uma instância burocrática para a gerência que revelam uma concepção topográfica e burocrática de distritos sanitários. Contemplava uma população definida, um território-processo, uma rede de serviços de saúde e equipamentos comunitá-

rios, tendo em conta as seguintes diretrizes: integralidade, intersetorialidade, participação da comunidade e efetividade.

Embora possam ser identificadas semelhanças entre os distritos sanitários e os Silos, a proposta de distritalização no Brasil diferencia-se daquela difundida pela Opas, por privilegiar a integralidade e implicar mudança do modelo de atenção a partir da reorganização das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais nas suas dimensões econômica, política e ideológica.

3) Ações programáticas de saúde (APS)

Esta proposta foi construída a partir da redefinição de programas especiais de saúde, recompondo as práticas de saúde no nível local, por meio do trabalho programático. Baseia-se na utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demandam os serviços das unidades de atenção básica. Aproxima-se da proposta da oferta organizada, valorizando a integralidade, qualidade e efetividade, embora concentrando suas ações no interior das unidades de saúde.

Diante de algumas críticas dirigidas a essa proposta, convém alertar que as ações programáticas em saúde não tratam do mesmo problema que a medicina, não se reduzem a uma padronização sistemática de condutas, nem à burocratização. Também não são uma panaceia capaz de resolver os problemas do sistema de saúde, nem se resumem à racionalização de meios escassos para atingir objetivos mínimos (Schraiber, 1993). A prática programática empreendida em uma experiência de atenção básica revela fluxos assistenciais e atividades médico-sanitárias em diversas áreas temáticas (saúde da mulher e do adolescente, saúde mental, saúde no envelhecimento, avaliação, vigilância epidemiológica, gerência, informação e comunicação, entre outras) (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996).

4) Vigilância da saúde

A necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde tem conduzido à proposição do modelo de vigilância da saúde, voltado para a integralidade e efetividade, conforme o Diagrama 1.

Descrevendo essa figura da direita para a esquerda e examinando a parte superior, constata-se que a maioria das intervenções em saúde está voltada para o controle de danos, expressos em óbitos, sequelas ou casos de doenças e agravos. Nesse controle, destacam-se a assistência médico-hospitalar e a vigilância epidemiológica.

Porém, antes da existência de danos, seria possível pensar em momentos de risco, implicando a probabilidade de grupos desenvolverem uma doença ou apresentarem um agravo à saúde, como acidentes, intoxicações ou violências. Nesse particular, estudos epidemiológicos são úteis para a identificação e quantificação dos riscos. As ações de saúde voltadas para esse momento compõem o controle de riscos, propósito fundamental da vigilância sanitária e, também, da vigilância epidemiológica.

Antecedendo os riscos podem ser identificadas, à esquerda do diagrama, necessidades sociais de saúde condicionadas pelo modo de vida, ou seja, pelo conjunto de condições e estilos de vida dos grupos sociais de acordo com a sua inserção na estrutura social. A intervenção sobre esse momento constitui estratégias visando ao controle das causas, que geral-

mente ultrapassam as possibilidades e atribuições do setor saúde. Ainda assim, as políticas de saúde precisariam considerar os determinantes estruturais e socioambientais do modo de vida e das necessidades sociais de saúde, tal como indicava o relatório final da 8ª CNS. Presentemente, essas ideias têm sido enfatizadas nas propostas de promoção da saúde e nas intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.

Ao articular o controle de danos, riscos e causas, o modelo de vigilância da saúde não só sugere a possibilidade de uma integração com as vigilâncias, a assistência médica e as políticas públicas, mas também aponta para uma possível superação dos modelos de atenção hegemônicos ao articular, no âmbito local, a oferta organizada, as ações programáticas, a intervenção social organizada e as políticas intersetoriais ou transetoriais. Embora tenha sido concebido em uma perspectiva coletiva, possibilita um diálogo com as ações individuais por meio de medidas preventivas, conforme se pode observar na parte inferior do diagrama.

Nesse particular, a promoção da saúde, que no modelo da história natural das doenças localizava-se no período pré-patogênico, no diagrama da vigilância da saúde atravessa todos os momentos do processo saúde-doença, juntamente com a educação em saúde e a consciência sanitária e ecológica (concepção ampliada de promoção da saúde). Na medida em que indivíduos e populações, mesmo quando doentes ou sofrendo agravos, preservam certos componentes biopsicossociais sadios, a promoção da saúde, quando vinculada às ideias de autonomia, protagonismo e projeto de vida, pode ser pensada em todos os momentos, até mesmo em uma situação limite, como durante a internação em uma UTI ou diante de uma epidemia de violências.

Diagrama 1 – Vigilância da saúde

CONTROLE DE CAUSAS
CONTROLE DE RISCOS
CONTROLE DE DANOS
Determinantes socioambientais Necessidades
Epidemologia
Grupos de risco
atuais
Riscos → Exposição →
potenciais
Senso comum
Norma jurídica
Expostos
Indícios Exposição → Indícios Danos → Casos → Cura / Sequela / Óbito
Suspeitos
Assintomáticos
Intervenção social organizada
Ações programáticas de saúde – oferta organizada
Políticas públicas estaduais
Vigilância sanitária
Vigilância epidemiológica
Assistência médico-hospitalar
Promoção da saúde
Proteção da saúde
Screening
Diagnóstico precoce
Limitação de danos
Reabilitação
Consciência sanitária ecológica/Educação em saúde/Promoção da saúde ampliada

Fonte: Paim, 2003.

Em síntese, o modelo da vigilância da saúde enfatiza os seguintes componentes: 1) problemas de saúde; 2) respostas sociais; 3) correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos); 4) práticas sanitárias (promoção, proteção e assistência). Apoia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local com as seguintes características: 1) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); 2) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; 3) utilização do conceito epidemiológico de risco; 4) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; 5) atuação intersetorial; 6) ações sobre o território; 7) intervenção na forma de operações.

A sua operacionalização tem recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo mediante oficinas de territorialização; utilização da geografia crítica e do planejamento e programação local de saúde. Para o processo avaliativo e de sua operacionalização, foi construído um modelo lógico, com diferentes níveis, dimensões e componentes, considerando a complexidade dos objetos de intervenção e suas possibilidades de prática social transformadora. Nesse modelo, são destacadas as condições de vida, incluindo determinantes e condicionantes de saúde, relacionando-as com as necessidades e os problemas de saúde na perspectiva do controle de causas, riscos e danos. Isso resultaria em uma dada situação de saúde e qualidade de vida, também decorrentes de práticas assistenciais e políticas setoriais e intersetoriais em um determinado contexto político, a partir das relações entre governo e sociedade (Arreaza & Moraes, 2010).

5) Estratégia Saúde da Família

O PSF, formulado desde a sua origem como um programa especial vinculado ao modelo sanitarista, tem sido redefinido, progressivamente, como uma estratégia de mudança dos modelos de atenção hegemônicos. Nos documentos básicos para a sua reformulação, ressaltava-se que, embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, fugiria à concepção usual dos demais programas especiais concebidos no Ministério da Saúde, já que não seria uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Era caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integralidade e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância da saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Na medida em que alguns municípios brasileiros adotaram o PSF como estratégia de mudança da atenção básica e do sistema municipal de saúde, aproximando-se das propostas de vigilância da saúde, oferta organizada e acolhimento, justifica-se inserir a saúde da família como proposta alternativa. Nesse caso, não se trata de entendê-la como uma norma ou um vir a ser, mas como uma combinação de tecnologias que depende, concretamente, de uma correlação de forças favoráveis a mudanças. Em situações adversas, o PSF tende a se apresentar como um programa vertical como qualquer outro. No entanto, quando as forças das mudanças adquirem proeminência em relação às da conservação, a estratégia da saúde da família pode se constituir em proposta alternativa de modelo de atenção (Goulart, 2007; Solla, 2010).

No Rio de Janeiro, além da baixa cobertura do PSF, enfrentam-se os seguintes problemas: inexistência ou precariedade da contrarreferência; desorganização das atividades de regulação; limitada oferta de consultas e exames; baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; precariedade de sistemas de informação e comunicação; influência político-partidária na gestão das unidades (Serra & Rodrigues, 2010). Em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, foram identificados mecanismos de integração entre níveis assistenciais, estruturas de regulação nas secretarias municipais e nas unidades de saúde da família, organização dos fluxos, classificação de riscos, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços especializados. Não obstante tais mecanismos, a oferta insuficiente compromete o acesso adequado à atenção especializada e hospitalar (Almeida *et al*., 2010).

A partir da proposta de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, foi possível investigar a dimensão 'consolidação do modelo de atenção', envolvendo questões como organização do trabalho, acolhimento, humanização, responsabilização, vigilância e promoção da saúde, participação e controle social. Apesar dos escores obtidos em algumas dessas questões, registra-se o fato de que as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface de suas ações e o papel político-ideológico da participação da população no desenvolvimento de modelos de atenção (Silva & Caldeira, 2010).

6) Acolhimento

O acolhimento é uma proposta que vem sendo construída como resposta aos desafios para a inversão do modelo de atenção, privilegiando uma organização do serviço de saúde centrado no usuário. Parte das seguintes orientações: "a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe profissional; c) qualificar a relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania" (Franco, Bueno & Merhy, 1999: 347).

Trata-se de uma proposta voltada basicamente para a demanda espontânea e para a qualidade da atenção e a satisfação do usuário, com ênfase na análise institucional, psicologia e clínica. Busca fortalecer vínculos entre profissionais e clientela com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada. Nesse sentido, implica mudanças na 'porta de entrada' assim como na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na releitura das necessidades sociais de saúde da população (Teixeira & Solla, 2006). Contempla eventos inesperados e a demanda espontânea. Supõe "mudanças em rotinas, agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde, para que cada equipe possa acolher seus usuários minimizando a medicalização" (Tesser, Neto & Campos, 2010: 3.615).

O acolhimento vem sendo progressivamente implantado em sistemas municipais, unidades de urgência/emergência, programas de extensão universitária, estágios curriculares, equipes de saúde da família, constituindo elemento central da Política Nacional de Humanização, elaborada em 2004 para perpassar todas as instâncias do SUS. Assim, tem sido reconhecido, também, como diretriz ou estratégia para um novo modelo tecnoassistencial. Entretanto, tem enfrentado obstáculos para sua prática relacionados a questões organiza-

cionais e de gestão, limitação do acesso, descaso com a qualidade da atenção e, em última análise, com a negação do direito à saúde e suas implicações éticas, sociais, políticas e jurídicas.

Acolhimento: experiências e reflexões

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo desenvolveu, no início da década de 1990, os seguintes projetos nessa perspectiva:

- Cabeça Feita
- Para Nascer Bem
- Resgate Cidadão
- Controle do *Aedes aegypti*

Além desses projetos, cabe destacar o acolhimento ao servidor, à criança, e o acolhimento na rede hospitalar.

Fonte: São Paulo, 2002.

7) Linhas do cuidado

Embora as proposições da 8ª CNS e o arcabouço legal do SUS enfatizassem a organização de serviços de saúde por meio de redes regionalizadas e hierarquizadas, somente a partir da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas-2000) e especialmente com o Pacto da Saúde (2006) ampliou-se a discussão sobre a construção de redes e, especialmente, as 'linhas de produção do cuidado', conforme as propostas discutidas no capítulo 17.

As linhas de cuidado são entendidas como conjunto de saberes, tecnologias e recursos acionados para enfrentar riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, configurando um modelo de atenção alternativo a partir da demanda (Santos & Andrade, 2011), na perspectiva da regionalização da assistência à saúde e da articulação interfederativa (Brasil, 2011). Têm sido utilizadas para orientar o usuário sobre os caminhos a percorrer no sistema de saúde e sobre as condutas a serem adotadas, especialmente nos casos de doenças crônicas (diabetes, asma, transtorno depressivo, dor lombar), podendo recorrer a 'projetos terapêuticos singulares' para monitorar a atenção de pessoas com condições graves, como crianças prematuras, transplantados, portadores de Aids etc. (Silva, 2011).

Na perspectiva da integralidade da atenção, as linhas de cuidado são estruturadas por projetos terapêuticos e valorizam o vínculo com o usuário a partir da atenção básica, articulando-a com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros serviços. Supõem a ampliação da oferta do nível secundário, a regulação pública de toda a rede do SUS, a montagem de fluxos assistenciais centrados no usuário como mecanismos de referência e contrarreferência, bem como a responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico a ser efetuado na linha de cuidado (Franco & Magalhães Júnior, 2004). Voltadas para o atendimento da demanda espontânea, absorvem as propostas do acolhimento e certos elementos da oferta organizada, ampliando o seu escopo dos estabelecimentos de saúde para a rede de serviços. Nessa proposta, constata-se uma combinação de tecnologias 'leves' (vínculo), 'leve-duras' (protocolos) e 'duras' (medicamentos).

Algo parecido ocorre com o chamado 'modelo de atenção em saúde mental', baseado nas tecnologias de territorialização, acolhimento e vínculo, utilizadas em um conjunto de

Centros de Atenção Psicossocial (Caps), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O uso mais intensivo de tecnologias como acolhimento, 'clínica ampliada', redução de danos, 'projeto terapêutico singular', protocolos, oficinas de brincar, entre outras voltadas para a atenção de necessidades de saúde mental, poderá contribuir para a construção de novos modelos de atenção. Equipes de referência (*case management*), como instâncias de gestão da clínica, reorganizam o processo de trabalho, facilitando a circulação do paciente entre os diversos profissionais (Miranda & Onocko-Campos, 2010). Para tanto, se fazem necessários um melhor acompanhamento dessas experiências e a realização de estudos avaliativos no sentido de verificar a efetividade desses arranjos.

8) Promoção da saúde

A promoção da saúde envolve medidas que se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e dos estilos de vida de grupos populacionais (Rabello, 2010), apoiando-se amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas intersetoriais nas várias esferas de governo – nacional, estadual e municipal (políticas públicas saudáveis). A proposta de 'cidade saudável' implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planejamento e na execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde (Teixeira & Solla, 2006).

No Brasil, a promoção da saúde está presente em dispositivos legais e em algumas iniciativas do Ministério da Saúde desde a década de 2000. As recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) fazem referência às potencialidades de formulação de políticas públicas saudáveis, bem como à viabilização da ação intersetorial e de modelos de atenção mais integrais e efetivos. Do mesmo modo, as reflexões e experiências sobre cuidado em saúde, acolhimento e humanização da atenção reforçam as possibilidades de mudança dos modelos de atenção predominantes no país, no sentido da qualidade, da ética e de 'projetos de felicidade' (Ayres, 2004). No Quadro 1 encontra-se uma síntese dos modelos de atenção e suas principais características.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção

Modelos	Características
Médico hegemônico	Individualismo; saúde/doença como mercadoria; ênfase no biologismo; a-historicidade da prática médica; medicalização dos problemas; privilégio da medicina curativa; estímulo ao consumismo médico; participação passiva e subordinada dos consumidores.
Médico-assistencial privatista	Centrado na clínica, na demanda espontânea e na atenção médica individual; ênfase em procedimentos e serviços especializados; não contempla o conjunto dos problemas de saúde da população; doença ou doente como objeto; médico e especialista como agentes; tecnologias médicas como principais meios de trabalho; redes de serviços priorizando hospitais; sem prioridade para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; organização da assistência médica em especialidades, valorizando o ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; tendência à superprodução de serviços, ações e procedimentos.
Atenção gerenciada	Fundamentada na medicina baseada em evidências e na economia; tendência de adoção pelos planos privados de saúde; coexistência contraditória com o modelo médico assistencial privatista; relevância dos protocolos clínicos como tecnologias para o controle de custos e do trabalho médico; compatível com a promoção da saúde e prevenção no sentido de baixar custos e aumentar lucros; tendência à subprodução de serviços; pré-pagamento; contenção da demanda; racionamento de procedimentos e serviços especializados de alto custo.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção (cont.)

Modelos	Características
Sanitarista	Intervenção sobre problemas e necessidades de saúde de caráter coletivo; apoiado por diversas disciplinas (microbiologia, parasitologia, epidemiologia, estatística, administração, saneamento etc.); foco nos modos de transmissão e em fatores de risco; identificação de tecnologias específicas para cada problema; traços autoritários; organização vertical.
Campanhas sanitárias	Combinação de tecnologias para o controle de danos e riscos; não contempla a integralidade da atenção, nem a descentralização das ações; organização de caráter temporário e direção centralizada e unificada.
Programas especiais	Fundamentados no planejamento e na programação; objetivos e metas; atividades e recursos; avaliação; decisões, normas e informações com fluxos verticais; caráter mais permanente.
Vigilância sanitária	Fundamenta-se nos saberes biomédico, jurídico e epidemiológico; intervenções voltadas para o controle de riscos e proteção da saúde, com a retaguarda de laboratórios.
Vigilância epidemiológica	Baseia-se na epidemiologia, clínica, estatística, imunologia e em outras disciplinas biológicas; conjunto de atividades com o intuito de produzir informações para decisão e ação; ênfase na detecção e prevenção de doenças e agravos; controle de riscos e determinantes.
Pacs/PSF	Intervenção focalizada em pobres e excluídos; tecnologia da programação em saúde; delimitação geográfica por meio da territorialização; adscrição de clientela por equipes; ações sobre o território e nos domicílios; atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos; ações básicas de atenção à saúde para grupos prioritários.
Propostas alternativas	Elaboradas no Brasil a partir da década de 1980 com vistas à integralidade, efetividade, qualidade, humanização e satisfação dos usuários do SUS, orientadas pelas racionalidades da demanda e/ou das necessidades.
Oferta organizada	Fundamentada na epidemiologia e no planejamento; compatibilização do impacto e não rejeição à demanda; necessidades de saúde epidemiologicamente identificadas; relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea na unidade de saúde; toma como objeto problemas identificados na análise de situação de saúde; programação da oferta de serviços e ações; combinação de recursos e tecnologias visando à integralidade e à efetividade; normas técnicas adaptadas no nível local; planejamento de saúde com base populacional; ações sobre o ambiente, o indivíduo e os grupos populacionais; Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same); triagem normatizada; sistema de referência e contrarreferência formalizado; protocolos assistenciais para doenças e agravos prioritários; articulação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação sobre indivíduos e sobre o ambiente; controle de agravos; proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos; organização interna das unidades e dos processos de trabalho; normas, rotinas e protocolos voltados para a atenção individual e coletiva na unidade e no território; mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores da saúde; acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade; atenção setorial e predominantemente intramural.
Distritalização	Apoiada na geografia, na epidemiologia e no planejamento; organização de serviços e estabelecimentos e rede estruturada nos distritos sanitários; ênfase no impacto; orientação por problemas; intersetorialidade; planejamento e programação local; autoridade sanitária local; corresponsabilidade; hierarquização; intercomplementaridade; integralidade; adscrição de clientela; heterogeneidade; análise da realidade; integralidade.
Ações programáticas de saúde	Tecnologias derivadas da epidemiologia e da programação em saúde; apoio das ciências sociais; redefinição de programas especiais no nível local; reorganização do processo de trabalho em saúde, a partir da identificação das necessidades sociais de saúde em unidades de atenção básica; concentra ações no interior das unidades de saúde.
Vigilância da saúde	Apoio da epidemiologia, da geografia crítica, do planejamento e das ciências sociais; toma como objetos danos, riscos, necessidades e determinantes de saúde (condições de vida e trabalho); tecnologias de comunicação social, planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias; agentes (equipe de saúde e cidadãos); respostas sociais; correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos); práticas sanitárias; ação intersetorial; reorganização das práticas de saúde no nível local (intervenção sobre problemas de saúde); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção (cont.)

Modelos	Características
Estratégia Saúde da Família	Apoio do planejamento, da clínica, da epidemiologia e das ciências sociais; uso de combinações tecnológicas da oferta organizada, distritalização, vigilância da saúde e acolhimento; desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes; reorientação da atenção básica (articulação das ações de educação sanitária, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da atenção à demanda espontânea).
Promoção da saúde	Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde; cidades saudáveis; escolas promotoras de saúde; ambientes saudáveis.
Acolhimento	Fundamenta-se na clínica, nas ciências da gestão, na psicologia e na análise institucional; organização do serviço de saúde usuário-centrado; atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde (não rejeição à demanda); reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe profissional; relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania; fortalecimento de vínculos entre profissionais e clientela; atenção mais humanizada; mudanças na 'porta de entrada' assim como na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços; releitura das necessidades sociais de saúde.
Linhas de cuidado	Estruturadas por projetos terapêuticos; combinação de tecnologias 'leves', 'leves-duras' e 'duras'; ênfase na continuidade e na integralidade da atenção; vínculo com o usuário a partir da rede básica; articulação com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros; regulação pública, fluxos assistenciais centrados no usuário, referência e contrarreferência e responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico; absorção das propostas do acolhimento e da oferta organizada.

Para refletir
Que iniciativas poderiam ser mencionadas com vistas à articulação ou à integração das ações dos programas especiais, bem como em relação às ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador e promoção da saúde nos âmbitos municipal e local?

Sistematização

No Quadro 2, encontra-se uma sistematização dos principais modelos de atenção à saúde apresentados e discutidos no presente capítulo, de acordo com as lógicas que orientam a prestação da atenção: demanda ou necessidades. Na segunda coluna, aparecem os modelos de atenção hegemônicos e, na terceira, algumas propostas alternativas.

Quadro 2 – Prestação da atenção, modelos hegemônicos e propostas alternativas

Racionalidades na prestação da atenção	Modelos hegemônicos	Propostas alternativas
Demanda	MODELO MÉDICO Modelo médico-assistencial privatista Modelo da atenção gerenciada	Oferta organizada Acolhimento Linhas do cuidado
Necessidades	MODELO SANITARISTA Campanhas sanitárias Programas especiais Vigilância sanitária Vigilância epidemiológica Pacs/PSF	Ações programáticas em saúde Vigilância da saúde Estratégia Saúde da Família Distritalização Promoção da saúde

O modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), apresenta sérios limites para uma atenção que valorize a integralidade, a efetividade, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitarista (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária etc.), voltado para o atendimento de necessidades, tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, integralidade, efetividade e equidade. Assim, as insatisfações em relação aos modelos de atenção hegemônicos e a crise de legitimação das práticas de saúde tornam compreensível o esforço na elaboração de propostas alternativas para a sua reconstrução que constam na terceira coluna do Quadro 2. Daí a arguta observação de um pesquisador da saúde coletiva, com extensa experiência em uma unidade de atenção primária à saúde:

Para conhecer conceitos de equidade, consulte o capítulo 13, sobre financiamento.

> Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para a sua superação. Nesse sentido julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sociossanitário. (Ayres, 2004: 27)

Nessa perspectiva, diversas iniciativas têm sido desenvolvidas, tais como equipes de referência, apoio matricial, clínica ampliada, gestão de caso, projeto terapêutico singular (PTS) e classificação ou estratificação de riscos (Penido *et al.*, 2010; Minuzzi, 2010; Mendes, 2010). Essas propostas têm sido debatidas pela saúde coletiva brasileira em seus cursos, publicações e congressos. Assim, em 2004, a revista *Saúde e Sociedade* dedicou um fascículo ao tema "Integralidade, humanização e cuidado em saúde" (Editorial, 2004), enquanto a revista *Ciência & Saúde Coletiva* publicou, no ano seguinte, um número especial sobre a "Humanização e produção de cuidados em saúde" (Deslandes & Ayres, 2005). Durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, em 2006, destacaram-se os determinantes sociais e as políticas públicas intersetoriais no documento aprovado pela plenária e intitulado Declaração do Rio.

Declaração do Rio

Expressando o pensamento e o desejo dos participantes do congresso, representando 26 nações, reafirmamos que:

- O acesso ao cuidado de saúde eficaz é um direito humano fundamental e uma precondição para o desenvolvimento social e econômico;
- Todas as desigualdades no acesso ao cuidado em saúde devem ser eliminadas;
- São necessárias mais pesquisas para melhor entender os determinantes sociais de saúde e as 'causas das causas' do adoecimento, bem como avaliar políticas e intervenções;
- Os resultados da pesquisa devem estar publicamente disponíveis e ser incorporados na formulação de políticas públicas e intervenções em saúde. Estas, por sua vez, devem ter a promoção em saúde como parte integral de seu desenho;

- São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil;
- A força de trabalho em saúde pública deve ser desenvolvida e fortalecida;
- O desenvolvimento dos sistemas de saúde deve ser alicerçado nas comunidades, garantindo o apoio popular e sua responsabilização frente ao povo a que servem;
- As agências das Nações Unidas devem ter os meios necessários e se comprometerem com ações melhores e mais ágeis;
- A solidariedade e responsabilidade globais são essenciais para que se faça frente ao enorme desafio de garantir que todo ser humano possa viver sua vida com respeito e dignidade, criando, desta forma, um futuro melhor para as próximas gerações.

Rio de Janeiro, de 21 a 25 de agosto de 2006.

Fonte: Abrasco, 2006.

Incorporação de propostas alternativas de modelos de atenção pelas políticas de saúde no Brasil

Certos componentes dessas propostas alternativas de modelos de atenção têm sido incorporados em políticas e normas jurídicas do SUS. Assim, elementos da distritalização e da vigilância da saúde compõem o PSF. O acolhimento e o apoio institucional, na condição de tecnologias relacionais, estão presentes na Política Nacional de Humanização no processo de mudança dos modelos de atenção (Pasche & Passos, 2010). Equipes de referência e apoio matricial chegaram a ser recomendados, também, na Política Nacional de Saúde Mental, na Estratégia Saúde da Família e no Humaniza-SUS (Penido *et al*., 2010; Lopes *et al*., 2010).

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, e com a edição de uma série de portarias, percebem-se esforços para ampliar as intervenções no sentido de articular o controle de danos, riscos e determinantes, incorporando parte da proposta da vigilância da saúde. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, por intermédio da portaria n. 3.252, de 22/12/09, buscou uma integração entre a SVS e a Anvisa para articular as ações de promoção da saúde, vigilância epidemiológica, saúde ambiental, saúde do trabalhador, vigilância sanitária, análise da situação de saúde e estatísticas vitais. Constata-se, desse modo, a incorporação de duas das concepções de vigilância da saúde: 1) análise de situações de saúde, onde há uma ênfase no monitoramento da situação de saúde mediante procedimentos de análise, cálculo, interpretação e recomendações muitas vezes referidos como inteligência epidemiológica; 2) integração institucional entre as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde ocupacional e laboratório de saúde pública. A partir de 2006, a vigilância e a promoção da saúde também integram a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde tem tentado organizar redes de serviços e linhas de cuidado junto às secretarias estaduais e municipais. Mais recentemente foram propostas as 'redes interfederativas de saúde', ressaltando-se as distinções com as redes de atenção à saúde ou redes assistenciais (redes de serviços de saúde e ações de saúde) e as linhas de cuidado (Santos & Andrade, 2011).

Diferentemente das linhas de cuidado capazes de constituir um modelo de atenção alternativo a partir da demanda, as redes de serviços referem-se a formas de organização das

ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em um dado território (redes de atenção primária, especializada, redes de atenção hospitalar, redes de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental etc.). Aproximam-se da concepção organizacional-gerencial de distrito sanitário, anteriormente referida. Já a rede interfederativa se caracteriza pela gestão intergovernamental e engloba redes de serviços entre entes federativos ('rede de redes'). Trata-se de um arranjo organizativo, comportando aspectos políticos e administrativos. Segundo os autores citados, pode ser organizada por nível de atenção, ciclo de vida, especialidade, gênero, patologia específica etc. Requer colegiados e contratos interfederativos que permitam maturidade administrativa e segurança jurídica, com princípios e diretrizes firmes, mas com flexibilidade de gestão.

Nessa perspectiva, foi publicado o decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, buscando regulamentar a lei n. 8080/90 (Brasil, 2011). Entre outras providências, estabelece o Contrato Organizativo da Atenção Pública da Saúde e dispõe sobre a organização do SUS, com destaque para rede de atenção à saúde, regiões de saúde, hierarquização, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Contempla, ainda, um conjunto de tecnologias como protocolo clínico, diretriz terapêutica, planejamento e mapa da saúde, entre outras, fundamentais para a adoção de modelos de atenção como oferta organizada e linhas de cuidado.

Comentários finais

Diante da carga tripla de doenças na situação epidemiológica (doenças transmissíveis agudas, causas externas e doenças crônicas), questionam-se, presentemente, os modelos de atenção voltados para as condições agudas e propõem-se novos modelos que contemplem condições crônicas (Mendes, 2010).

A proposta de criação de redes de atenção à saúde estimulada pela Opas desde 2009 leva em conta a experiência norte-americana e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde. Daí a pertinência de contextualizar o debate, examinando concretamente a situação brasileira. Nos Estados Unidos, os programas públicos Medicare e Medicaid, bem como no sistema privado Kaiser Permanente, verifica-se o crescimento do *managed care*, com utilização do generalista de triagem (*gatekeeper*) com controle do acesso aos especialistas e da prática profissional, além da rigidez no uso dos protocolos clínicos.

As redes regionalizadas nos sistemas nacionais de saúde inspiraram-se no Relatório Dawson publicado no Reino Unido em 1920, embora só considerado em 1948, quando foi criado o National Health Service (NHS) britânico. Este tem passado por reformas com maior controle, definição central de diretrizes, parâmetros e indicadores na elaboração dos contratos. Foram adotados mecanismos de coordenação do cuidado clínico (redes clínicas para tratamento de pacientes com doenças crônicas), protocolos clínicos, articulação funcional de profissionais nos níveis de atenção etc. Portanto, as redes são distintas quando a saúde é reconhecida como bem público, com um sistema universal, e quando a saúde segue a lógica do mercado, centrada na competição. Além dos valores diversos e das dimensões técnica e política, há disputas de poder diante dos vários interesses em jogo (Kuschnir & Chorny, 2010).

Na Alemanha, onde predomina o seguro social, buscam-se nas últimas décadas a integração do sistema de saúde, recorrendo a redes, assistência integrada e gestão clínica para

doenças específicas, com fortalecimento do médico generalista na coordenação dos cuidados aos pacientes (Giovanella, 2011). No caso das doenças crônicas, tem-se recomendado o estabelecimento de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas e programas de gestão clínica – *disease management programs* (DMP). As redes de consultórios médicos e a definição do generalista como médico coordenador com função de *gatekeeper* possibilitam a criação de corredores por tipo de agravo, incluindo protocolos com estabelecimento de fluxos e critérios para referência a especialistas e hospitais. Desse modo, pretende-se assegurar a continuidade do cuidado, integrando a prevenção, recuperação e reabilitação ao longo do tempo. Esse formato se assemelha às linhas de cuidado discutidas anteriormente.

Analisando-se os atores, as motivações e os interesses dessas propostas, bem como os obstáculos identificados na situação brasileira, o 'cuidado integrado' e as redes regionalizadas requerem discussão transparente para fundamentar as melhores escolhas. Cabe chamar a atenção para o fato de que as linhas de cuidado estão associadas à implantação de redes de atenção, mas o Brasil não conta com experiências acumuladas e, consequentemente, ainda não há avaliação sistemática. Alguns estudos de caso indicam sérios obstáculos, tais como: peso do modelo médico hegemônico; desequilíbrio de poder entre componentes da rede; falta de responsabilização dos atores; descontinuidades administrativas; alta rotatividade de gestores por motivos político-partidários; subfinanciamento público; culturas organizacionais contrárias à integração (D'Ávila Viana & Lima, 2011). Propostas de redes regionalizadas e integradas de caráter prescritivo, sem considerar as situações concretas, têm menos chances de atingir os seus propósitos de mudança (Paim *et al*., 2011; Silva, 2011).

O estabelecimento de diálogos entre profissionais de diferentes pontos da rede de atenção, articulado a um processo de educação permanente, permitiria ampliar a responsabilização e o vínculo em relação ao cuidado mediante protocolos assistenciais, gestão clínica e apoio à rede por meio de equipes de assessores técnicos. Embora protocolos, sistemas de informação, normas e fluxogramas sejam necessários, assumem grande importância as tecnologias 'leves', tais como vínculo, escuta qualificada, responsabilização e cooperação (Baduy *et al*., 2011).

Com base nas reflexões desenvolvidas neste capítulo, é possível ressaltar algumas conclusões provisórias sobre modelos de atenção. Em vez de insistir em contrapor o modelo hospitalocêntrico ao modelo da atenção primária ou aos modelos da vigilância da saúde, das linhas de cuidado e da promoção da saúde, trata-se de aceitar o desafio de investigar qual é a combinação de tecnologias e abordagens mais adequada para a solução de problemas derivados de diferentes perfis epidemiológicos e para o atendimento integral de necessidades de saúde, individuais e coletivas, nos distintos territórios do país. Dessa perspectiva, não faz muito sentido pronunciar-se sobre um modelo de atenção único para o SUS, dada a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde nas diferentes regiões, cidades e territórios do país.

Modelos de atenção

São combinações de tecnologias estruturadas em função de problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Não são normas, nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde.

Não se reduzem às formas de organização dos serviços de saúde, nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

Ultimamente, prefere-se utilizar o conceito de 'modos tecnológicos de intervenção em saúde' (Paim, 2009; Arreaza & Moraes, 2010), em vez da expressão 'modelos de atenção à saúde', para evitar o entendimento de modelo como algo exemplar. Renova-se, nesse sentido, um permanente desafio:

> Abrir-se à angustiante, mas criativa, situação da busca pelo desconhecido tecnológico é o princípio do diálogo possível entre a inovação e as culturas já consolidadas, de consumo, uso, técnicas e produção dos serviços, em que bem se acomodam profissionais e população (...). Mais que ousar propor é ousar dispor de aberturas tecnológicas em que as proposições políticas e técnicas venham a público para serem refletidas. (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996: 46)

Para refletir

Pessoas com doenças e agravos, como acidentes e violências, procuram os serviços de saúde expressando parte das necessidades de saúde revelada pela demanda espontânea. Outras pessoas podem ter problemas de saúde, sem a consciência deles, apesar de apresentarem um dano ou um risco de adoecimento. Nesse último caso, existem necessidades de saúde, embora não se expressem em demanda.

Procure discutir com seus colegas e tente responder e às seguintes questões:

1) Quais os modelos de atenção hegemônicos no sistema de saúde brasileiro? Quais as vantagens e desvantagens desses modelos?
2) Você poderia dar alguns exemplos de modelos de atenção que contemplassem necessidades de saúde que nem sempre se traduzem em demanda espontânea?
3) Se as necessidades de saúde não se restringirem às doenças, aos agravos, às carências e aos sofrimentos capazes de serem resolvidos pelos serviços de saúde, mas incluírem a qualidade de vida, que modelos de atenção em saúde podem ser adotados para produzir qualidade de vida?

Leituras recomendadas

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUfba, 2008.

GOULART, F. A. de A. *Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlância: EdUFU, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

SILVA, G. A. P. da & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11): 2.463-2.475, 2008.

Sites de interesse

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: www.cebes.org.br

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde: www.determinantes.fiocruz.br

Conselho Nacional de Secretários de Saúde: www.conass.org.br

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde: www.conasems.org.br

Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/saude

Referências

ABRASCO. *Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, n. 97, out. 2006. (Edição especial do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12): 2.234-2.249, 2010.

ALMEIDA, P. F. *et al*. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2): 286-298, 2010.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11): 2.309-2.319, 2009.

AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

ARREAZA, A. L. V. & MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto da vigilância da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.627-2.638, 2010.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 16-29, 2004.

BADIOU, A. *Sobre o Conceito de Modelo: introdução a uma epistemologia materialista das matemáticas*. Lisboa: Editorial Estampa, 1972.

BADUY, R. S. *et al*. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2): 295-304, 2011.

BORGES, C. F. & BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2): 456-468, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/Sesus. *Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações do Ministério da Saúde. Informe Técnico-Institucional. *Revista de Saúde Pública*, 40(4): 743-747, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508/2011, 28 de junho de 2011. Brasília, 2011.

BUNGE, M. *Teoría y Realidad*. Barcelona: Ariel, 1972.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E. & NUNES, E. D. (Orgs.) *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.

COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUfba, 2008.

D'ÁVILA VIANA, A. L. & LIMA, L. D. *Regionalização e Relações Interfederativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

DE SETA, M. H. & DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 3): 3.307-3.317, 2010.

DESLANDES, S. F. & AYRES, J. R. de C. M. Editorial: humanização e cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 510-511, 2005.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

EDITORIAL. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 3-4, 2004.

FERRI, S. M. N. *et al*. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23): 515-529, 2007.

FOSSAERT, H.; LLOPIS, A. & TIGRE, C. H. Sistemas de Vigilância Epidemiológica. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 76: 512-525, 1974.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 345-353, 1999.

FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização de linhas de cuidado. *In*: MERHY, E. E. *et al*. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1): 1.081-1.896, 2011.

GIOVANELLA, L. *et al*. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26(60): 37-61, 2002.

GOULART, F. A. A. *Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EdUFU, 2007.

GRUPPI, L. *O Conceito de Hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. I. & WERF, A. V. D. *Sistemas Nacionales de Salud y su Reorientación hacia la Salud para Todos: pautas para una política*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, Genebra, 1984. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_77_(part1)_spa.pdf>. Acesso em: jun. 2012

KUSCHNIR, R. & CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.307-2.316, 2010.

LOPES, A. F. *et al*. Matriciamento: a representação social da Equipe de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 34(85): 211-218, 2010.

MAIA, C.; GUILHEM, D. & LUCCHESE, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4): 682-692, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.297-2.305, 2010.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde e Tecnologias: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: OPS, 1988. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 6.)

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992. (Cadernos Cefor – Textos, 1)

MENÉNDEZ, E. L. Public Health: state sector, applied science, or ideology of the possible. *In*: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington, D.C.: PAHO, 1992.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINUZZI, A. Q. L. Experiência de implantação da clínica ampliada em Nova Ramada (RS). *Saúde em Debate*, 34(86): 515-522, 2010.

MIRANDA, L. & ONOCKO-CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1.153-1.162, 2010.

NUNES, C. A. *A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia*, 2011. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S. & SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.351-3.360, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EdUfba, 2006.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. *In*: COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Edufba, 2008.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377: 1.778-1.797, May 21, 2011.

PASCHE, D. F. & PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*, 34(86): 423-432, 2010.

PENIDO, C. M. F. *et al*. Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em Debate*, 34(86): 467-474, 2010.

PEPE, V. L. E. *et al*. A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.341-3.350, 2010.

QUINDERÉ, P. H. D. *et al*. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental em Fortaleza, CE. *Saúde em Debate*, 34(84): 137-147, 2010.

RABELLO, L. S. *Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3): 1.671-1.680, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: SMS, 2002.

SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Programação em Saúde Hoje*. 2. ed. revista e ampliada. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SERRA, C. G. & RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência do Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.579-3.586, 2010.

SILVA, J. & CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais de atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1.187-1.193, 2010.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2.753-2.762, 2011.

SILVA JUNIOR, A. G. da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, G.A.P. da & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11): 2.463-2.475, 2008.

SOLLA, J. *Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008*. São Paulo: Hucitec, 2010.

SOUZA, G. S. & COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.329-3.340, 2010.

TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P. *Modelos de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EdUfba, 2006.

TESSER, C. D.; NETO, P. P. & CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.3): 3.615-3.624, 2010.

16. Atenção Primária à Saúde

Lígia Giovanella
Maria Helena Magalhães de Mendonça

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. A atenção básica constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS.

Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

Este capítulo apresenta um panorama internacional e brasileiro da atenção primária à saúde. Na primeira parte, discutem-se conceitos e abordagens de atenção primária à saúde e suas transformações ao longo do tempo, destacando-se os atributos de uma atenção primária abrangente, integral. Em seguida, apresentam-se, em perspectiva internacional, antecedentes históricos dos serviços de atenção primária e a experiência em países europeus com centralidade nos serviços prestados por médicos generalistas ou de família e comunidade.

Na sequência, é analisada a trajetória histórica das políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com realce para a Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica. Traça-se então um panorama da oferta e da prestação de serviços de atenção básica no Brasil e, no final, discutem-se os desafios para a consolidação do SUS como um sistema de saúde orientado pela atenção primária à saúde.

Atenção primária à saúde: conceitos e abordagens

A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denominada de atenção primária à saúde (APS). Não há, contudo, uniformidade no

Atenção primária à saúde (*primary health care*)
Denominação geral para atenção de primeiro contato que tem diferentes concepções em sua implementação.

emprego da expressão atenção primária à saúde (*primary health care*), identificando-se quatro linhas principais de interpretação:

1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços – é denominada em inglês *selective primary care*;
2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população – é denominada em inglês *primary care*;
3) abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas – é denominada em inglês *comprehensive primary health care*;
4) filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

Nos países europeus, a atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade.

Essa concepção, denominada de seletiva, subentende programas com objetivos restritos, visando a cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000.

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. Em sua corrente mais filosófica, enfatizam-se as implicações políticas e sociais da Declaração de Alma-Ata, com destaque para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de se abordarem os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Defende-se a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para poder alcançar equidade em saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Abordagens da atenção primária à saúde

Abordagem	Conceito de atenção primária à saúde	Ênfase
APS seletiva *Selective primary care*	Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno-infantil, as ações mais comuns são: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.	Conjunto restrito de serviços de saúde para a população muito pobre.

Quadro 1 – Abordagens da atenção primária à saúde (cont.)

Abordagem	Conceito de atenção primária à saúde	Ênfase
Primeiro nível de atenção *Primary care*	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados – incluindo ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população. Trata-se da concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos. Em sua definição mais estreita, refere-se à disponibilidade de médicos com especialização em medicina geral ou medicina de família e comunidade (médicos generalistas ou *general practitioners* – GP).	Um dos níveis de atenção do sistema de saúde.
APS abrangente ou integral de Alma-Ata *Comprehensive primary health care*	A declaração de Alma-Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e a participação social. Os princípios fundamentais da APS integral são: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos.	Estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde
Abordagem de saúde e de direitos humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde como preconizado na Declaração de Alma-Ata. Defende a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde.

Fonte: Opas/OMS, 2005.

A Conferência de Alma-Ata e as bases para uma APS abrangente

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética. Essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista.

Na primeira vertente de questionamento, aprofundava-se a crítica à OMS no que se refere à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis, como a malária, desenvolvidos com intervenções seletivas e descontextualizadas durante a década de 1960.

Em contexto mundial favorável, no qual predominavam os governos social-democratas em países europeus, a OMS passou por uma renovação e, em 1973, Halfdan Mahler, um médico com senso de justiça social e experiência em saúde pública em países em desenvolvimento, assumiu a direção da OMS, que começou a desenvolver abordagens 'alternativas' para a intervenção em saúde. Considerava-se que as intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a de APS. Foi assim que Mahler propôs em 1976 a meta: Saúde para Todos no Ano 2000 (Cueto, 2004).

Na segunda vertente de questionamento, desde o final da década de 1960, o modelo biomédico de atenção à saúde recebia críticas de diversas origens, destacando-se os determinantes sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade e a exigência de nova abordagem em atenção à saúde.

As características do modelo médico hegemônico são discutidas no capítulo 15, sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. Consulte.

Paralelamente, com o fim das ditaduras de Franco, na Espanha, e de Salazar, em Portugal, na segunda metade da década de 1970, os movimentos de libertação das colônias africanas se intensificaram, assim como se iniciaram movimentos para a democratização dos países da América Latina. Em tais processos de independência nacional defendia-se a modernização com ênfase nos valores locais, privilegiando-se a construção de um modelo de atenção à saúde distinto do modelo estadunidense hegemônico. Desse modo, criticavam-se a especialização progressiva e o elitismo médico, propondo-se a articulação de práticas populares, a democratização do conhecimento médico e a maior autonomia das pessoas com relação à sua saúde em contraposição à dominância da profissão médica.

A experiência dos 'médicos descalços chineses', leigos que combinavam cuidados preventivos e curativos, alopatia e medicina tradicional e atuavam em regiões rurais, foi um modelo difundido mundialmente. Essa abordagem era compartilhada pela Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas, que por meio da revista *Contact*, de circulação mundial e publicada em diversos idiomas, divulgava experiências de atenção primária dos missionários cristãos atuantes em projetos de saúde nos países em desenvolvimento (Cueto, 2004).

Para saber mais sobre os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade, consulte o capítulo 4.

Nos anos 70, o relatório do Ministério da Saúde canadense que discutia 'uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses' mostrava a importância do objetivo de prevenção de doenças e da promoção de boa saúde para a população, além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental. O *Relatório Lalonde*, como ficou conhecido, destacava estudos do epidemiólogo inglês Thomas McKeown que demonstram a relação da saúde com as condições de vida, em particular o saneamento ambiental e a nutrição (disponibilidade de alimentos), ao analisar retrospectivamente a evolução da situação de saúde na Inglaterra e no País de Gales ao longo dos séculos XVIII e XIX (Canada, 1981; McKeown, 1976).

Outra referência no debate daquela época foi o livro de Ivan Illich, sociólogo austríaco radicado no México, lançado em 1975. Com o sugestivo título *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina*, alusão ao nome da deusa da vingança, o autor tecia profundas críticas ao modelo biomédico, desmascarava a iatrogenia produzida pela intervenção médica e analisava a baixa relação entre a assistência à saúde moderna e as melhorias na situação de saúde da população (Illich, 1975).

O contexto do final da década de 1970 propiciou a organização de uma conferência mundial de atenção primária. A realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde foi proposta à OMS pela China, para difundir novos modelos alternativos de atenção à saúde. A China, contudo, não participou da conferência em razão de disputas políticas com a URSS, acerca dos modelos de atenção à saúde no interior do bloco socialista. A URSS implantara sistemas públicos universais, centralizados e organizados por níveis hierárquicos, nos quais predominavam o modelo biomédico e a centralidade na assistência hospitalar. A União Soviética se opôs inicialmente à temática da conferência, mas acabou por se oferecer para sediar o evento, contribuindo com apoio financeiro substancial, em virtude do avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo (Cueto, 2004).

A conferência realizada em Alma-Ata em 1978 foi um importante evento que contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento "Declaração de Alma-Ata" foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia-Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000.

A Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (Quadro 1). Destaca que a realização dessa meta demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, assim como para a meta Saúde para Todos no Ano 2000: o alcance de um nível de saúde que permitisse vida social e economicamente produtiva.

A concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. Destaca ainda a preocupação com os custos crescentes da assistência médica em decorrência do uso de novas tecnologias, que permanecem, em grande parte, sem a avaliação adequada de benefícios para a saúde das populações, razão pela qual se introduziu o termo tecnologias apropriadas: tecnologias relevantes para as necessidades de saúde da população, que fossem corretamente avaliadas e tivessem elevada relação custo-benefício.

Tecnologias apropriadas
Tecnologias relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com elevada relação custo-benefício.

Na Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo 'praticantes tradicionais' (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

A Declaração de Alma-Ata enfatiza a necessidade de ações de outros setores. Todavia, as ações de cuidados de saúde mencionadas abarcam um conjunto mais restrito (ações educativas, tratamento das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento básico) (Quadro 2).

Quadro 2 – Abordagem de APS na Declaração da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978

A saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é direito humano fundamental.

O desenvolvimento econômico e social é de importância fundamental para a plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000.

A atenção primária à saúde:

- envolve, além do setor saúde, todos os setores correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, entre estes a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações entre outros setores;
- engloba cuidados essenciais; é baseada em métodos e tecnologias apropriados, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis;
- direciona-se aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades;
- seu acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar;
- representa o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham;
- é o primeiro elemento de um processo permanente de atenção sanitária que inclui, pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalecentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantis, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais;
- deve ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade.

Fonte: Declaração de Alma-Ata, 1978.

Atenção primária seletiva

A Declaração de Alma-Ata foi criticada por agências internacionais com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva. Assim, em contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores, deu-se sequência, nos anos posteriores, a um embate entre a concepção de atenção primária à saúde integral/abrangente e a concepção seletiva de APS, prevalecendo a última.

Um ano após Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Nessa conferência foi discutida uma nova perspectiva: atenção primária à saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (Cueto, 2004).

Atenção primária seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então, destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento.

Nos anos seguintes, quatro intervenções – conhecidas como GOBI por suas iniciais em inglês – passaram a ser difundidas entre os países pobres, com especial suporte da Unicef: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*growth monitoring*), reidratação oral

(*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*). Agências internacionais, como a Unicef, passaram a financiar essas intervenções, que eram consideradas como tendo objetivos claros, fáceis para avaliar e medir o alcance de metas (Cueto, 2004).

A esse pacote restrito foram incorporadas, em alguns programas, as chamadas FFF: suplementação alimentar (*food supplementation*), alfabetização feminina (*female literacy*) e planejamento familiar (*family planning*). A alfabetização feminina e a elevação do nível de escolaridade das mulheres são tidas como a base de diversas ações em saúde e estão fortemente associadas à redução da mortalidade infantil.

Ainda que se reconhecesse a efetividade dessas intervenções, a concepção de APS difundida então pela Unicef foi criticada pelo tecnocratismo – orientando-se por critérios estritamente técnicos de custo-efetividade sem considerar questões políticas determinantes – e, principalmente, por desconsiderar a exigência de melhorias socioeconômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde das populações. Por exemplo: o uso da terapia de reidratação oral – tecnologia efetiva para tratamento de diarreias – não poderia substituir medidas específicas de saneamento, como o acesso à rede geral de abastecimento de água e de esgoto, efetivas na promoção da saúde e na prevenção de doenças de veiculação hídrica.

O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela. Um dos principais problemas desse enfoque é que as ações seletivas, ainda que custo-efetivas, somente são realmente implementadas na presença de estrutura assistencial que suporte o acompanhamento dos grupos de risco regularmente, e para tal devem estar integradas a um sistema de saúde universal.

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como atenção primária seletiva. Na América Latina, teve ampla difusão com ações organizadas em programas verticais focalizados, em especial aqueles direcionados à proteção materno-infantil, aumentando a fragmentação e a segmentação características dos sistemas de saúde latino-americanos (Conill, Fausto & Giovanella, 2010; Conill & Fausto, 2007).

Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo 'atenção básica' para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais. Os defensores do uso do termo atenção básica argumentam que, em português, básico tem o sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de primário, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude.

Para refletir
As intervenções da APS seletiva são suficientes para a garantia do direito à saúde?

Renovação do debate sobre atenção primária à saúde nas Américas

Após Alma-Ata, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva. Contudo, a discussão da saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde.

O Movimento para a Saúde dos Povos (People's Health Movement, <www.phmovement.org/es>) congrega parte dessas iniciativas. Reúne ativistas de saúde de todas as partes do mundo para compartilhar experiências e fomentar a ação de organizações da sociedade civil na luta pelo direito universal à saúde. A primeira Assembleia de Saúde dos Povos, realizada em Bangladesh, no ano 2000, com participantes de organizações da sociedade civil de 92 países, lançou a Carta dos Povos pela Saúde, conclamando um movimento internacional de cidadãos comprometidos com a realização do sonho de Alma-Ata. A Carta insta os movimentos populares a exercerem pressão sobre os governos, exigindo que: incorporem saúde e direitos humanos na constituição e legislação de cada país; incidam sobre os determinantes sociais da saúde; implantem políticas sociais abrangentes com participação social; garantam direitos sociais e humanos.

A carta conclama todos para ações locais e globais para garantia do direito à saúde de forma abrangente, incluindo a proteção do meio ambiente com redução do excesso de consumo e estilos de vida não sustentáveis; a promoção da paz mundial; a exigência de transformação do sistema de comércio global a fim de que deixe de violar os direitos sociais, ambientais, econômicos e de saúde dos povos. Defende a atenção primária à saúde integral, seguindo os preceitos de Alma-Ata, com acesso universal e equitativo independentemente da capacidade de pagamento de cada pessoa a um sistema de saúde democrático provido de recursos suficientes – além de desmistificar as tecnologias médicas e de saúde (inclusive medicamentos) e exigir que sejam submetidas às necessidades de saúde dos povos e não aos interesses econômicos do complexo produtivo da saúde (PHM, 2000).

Os Objetivos do Milênio são apresentados no capítulo 21. Confira.

Recentemente, observa-se um movimento de renovação da atenção primária, impulsionado pelas agências internacionais de saúde – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) –, como forma de alcançar os Objetivos do Milênio acordados nas Nações Unidas.

Em 2003, seguindo iniciativa da OMS, a Opas aprovou uma resolução que insta os Estados-membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS. Em 2005, divulgou o documento de posicionamento "Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas" (Opas/OMS, 2005), no qual defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, à ênfase na promoção e prevenção, à intersetorialidade, à participação social e à responsabilização dos governos.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*, deu novo impulso à revitalização da APS. Comemorando os trinta anos da Declaração de Alma-Ata, o informe aponta a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa 'pobre

para pobres'; integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social. Reconhece que a atenção primária integral de qualidade requer mais investimentos e que deve ser priorizada, pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. O informe propõe uma atenção primária centrada na pessoa que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas, estabeleça uma relação duradoura, garanta atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade – mulheres e homens, jovens ou velhos – ao longo de todo o ciclo vital, do nascimento até a morte; promova a autonomia e a participação das pessoas e enfrente os determinantes da má saúde.

As características da APS renovada propostas no informe da OMS estão destacadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada

Primeiras tentativas de implementação da APS (atenção primária seletiva)	Preocupações atuais das reformas pró-APS (atenção primária integral)
Acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e de medicamentos essenciais para as populações rurais pobres	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e de proteção social da saúde
Concentração em saúde materno-infantil	Preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade
Focalização em pequeno número de doenças selecionadas, principalmente infecciosas e agudas	Resposta integral às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças cobertas
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades	Promoção de condições e estilos de vida saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples por trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários	Equipes de trabalhadores da saúde para facilitar o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação vista como mobilização de recursos locais	Participação institucionalizada da sociedade civil em políticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas
Gestão de recursos escassos e redução de postos de trabalho	Aumento dos recursos para a saúde para alcance de cobertura universal
Atenção primária como a antítese do hospital	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada em todos os níveis – garantindo continuidade da atenção e enfrentamento de problemas crônicos
APS é barata e requer apenas um modesto investimento	APS não é barata; requer investimentos consideráveis, porém é mais eficiente do que qualquer outra alternativa

Fonte: Adaptado de WHO, 2008.

A APS tem sido também reiterada como estratégia para a universalidade, que alcançou proeminência no debate internacional desde 2005 quando a 58ª Assembleia Geral da OMS aprovou uma resolução instando os países a promoverem cobertura universal (WHO, 2005). Há dubiedade, contudo, quanto ao significado da cobertura universal almejada e

do escopo da APS como estratégia. Universalidade pode ser entendida como: 1) atenção universal à saúde (*universal health care*), termo mais comumente utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta, principalmente europeus com sistemas universais; 2) cobertura universal (*universal health coverage*), isto é, acesso a seguros de saúde (públicos ou privados); 3) cobertura apenas por serviços básicos, termo mais utilizado para países de renda média e baixa (Stuckler *et al.*, 2010). Nesse contexto, a APS pode ser estratégia de caráter seletivo, para alcance de um universalismo básico em países em desenvolvimento, ou coordenadora da atenção integral em países centrais com sistemas públicos universais.

A renovação proposta pela Opas e pela OMS subentende uma atualização da concepção abrangente de APS como estratégia para reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde. Sua implementação, contudo, dependerá da adesão dos governos nacionais e da tradução dos princípios abrangentes enunciados em práticas concretas.

Para refletir

Consulte o informe da OMS, *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*, na biblioteca do *site* da Rede de Pesquisa em APS (www.rededepesquisaaps.org.br), e discuta em grupo as características da APS como coordenadora dos cuidados e centrada nas pessoas propostas no relatório. Compare com os atributos da APS apresentados a seguir.

Para desenhar novas políticas e reorientar os sistemas de saúde pela APS, é necessário analisar os principais atributos de uma atenção primária à saúde abrangente.

Atributos característicos da APS

Barbara Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de atenção primária. Essa abordagem, reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (Quadro 4).

Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (Quadro 4) (Starfield, 2002).

O primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato (Quadro 4), porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras

financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

Outro requisito é a exigência de encaminhamento por profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada. Desse modo, o serviço de atenção primária torna-se o ponto de início da atenção, porta de entrada preferencial, e exerce papel de filtro para acesso aos outros níveis, isto é, tem a função que se denomina na língua inglesa de *gatekeeper*, referenciando os pacientes conforme a necessidade.

Sistemas integrados de saúde em que o médico generalista atua como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (Starfield, 2002).

Para saber mais sobre acesso, consulte o capítulo 6.

Para refletir

Analise as possíveis vantagens e desvantagens da definição dos serviços de atenção primária no Brasil como porta de entrada preferencial.

A função de filtro da equipe de APS não deve ser barreira, mas sim garantia de acesso aos outros níveis de atenção. A definição de porta de entrada obrigatória ao sistema é também usada por planos de seguros de saúde privados nos EUA, porém como barreira de acesso, com o objetivo de reduzir os gastos dos seguros e não como modo de garantir o acesso a serviços especializados de forma estruturada, que é o objetivo de sistemas baseados em uma atenção primária abrangente. Na APS, esse mecanismo não é isolado, e a garantia de acesso aos outros níveis é fundamental para contemplar os demais atributos.

Outro atributo da APS é a longitudinalidade (Quadro 4): a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. Este atributo é relacionado ao anterior, pois, para que se estabeleça um vínculo no curso da vida, é necessário que exista fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Um bom acolhimento é fundamental para o fortalecimento do vínculo.

O **vínculo** se estabelece na relação equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário nos profissionais e na responsabilização da equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários.

Acolhimento implica bem receber, escutar, oferecer proteção e amparo e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário.

Para se estabelecer uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes (Starfield, 2002), a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência seja por meio da adscrição territorial, seja por meio da inscrição voluntária e pelo registro dos pacientes em uma unidade de saúde de escolha do usuário.

Na **adscrição territorial**, a unidade atende somente a população residente em determinada área. Para isso, delimita-se uma área geográfica de abrangência da unidade de saúde; os residentes na área são cadastrados pela unidade, e a unidade é de uso exclusivo desses moradores.

Com a continuidade da relação ao longo do tempo, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes a conhecer os profissionais, permitindo uma relação humanizada e atenção mais integral, o que proporciona maior satisfação dos usuários (Starfield, 2002). A presença do médico generalista na equipe de atenção básica contribui para uma relação de longo prazo e a sustenta, pois é um profissional que atende a família em todos os ciclos de vida, desde a gestação até a idade avançada.

A abrangência (*comprehensiveness*) ou integralidade (Quadro 4) implica o reconhecimento, pela equipe de saúde, de amplo espectro de necessidades considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços

para todas as faixas etárias. Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais.

Para que uma atenção integral seja garantida, os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela coordenação (Quadro 4) das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir a continuidade do cuidado evitando duplicação e interrupção das intervenções. A coordenação, outro atributo essencial da atenção primária, implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços. Para o exercício da coordenação pela equipe de APS, são necessários: tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, registro adequado de informações e seu uso pelos profissionais dos diversos serviços.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do paciente, o envio de informação adequada ao especialista (referência) e o seu retorno ao generalista (contrarreferência) após o encaminhamento a profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão e no manejo terapêuticos.

Para existir coordenação do cuidado deve ocorrer, portanto, a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como sobre a atenção recebida, de modo a assegurar uma sequência ininterrupta de ações, garantindo-se a continuidade do cuidado.

Para refletir

Com base em experiência que você tenha tido com paciente crônico que necessitou acessar diferentes serviços, avalie se os cuidados foram coordenados. Qual profissional assumiu essa função? Como procedeu?

A coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência entre as unidades de saúde, pois tais pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda a coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela equipe de atenção primária à saúde.

A coordenação da atenção ao paciente pelo generalista proporciona melhor acompanhamento de pacientes, em especial daqueles portadores de doenças crônicas ou de morbidade múltipla, para os quais os sistemas de atenção à saúde estão, em geral, ainda pouco preparados, na maioria dos países.

Outra característica da APS que a diferencia de outros modelos de atenção é a centralidade na família, isto é, o reconhecimento do contexto e da dinâmica familiares para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros. Para que sua ação

possa se realizar, a equipe deve ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (Quadro 4). A competência cultural e a orientação para a comunidade são facilitadas pela integração na equipe de atenção primária de membros da comunidade, os trabalhadores comunitários de saúde, que no Brasil são denominados de agentes comunitários de saúde.

Quadro 4 – Atributos da atenção primária à saúde

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Primeiro contato	• Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. • Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.	• A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo? • As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada? • Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada? • A unidade básica de saúde é o serviço de procura regular das famílias?
Longitudinalidade	• Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.	• Exige-se o cadastramento/registro de pacientes a um profissional/equipe/serviço? • As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo? • Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes de APS? • Meu médico me vê para rotinas preventivas?
Abrangência ou integralidade	• Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. • Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário.	• A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade? • Qual a abrangência do leque de serviços ofertados? • Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado? • Meu médico cuida da maioria de meus problemas de saúde?
Coordenação	• Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.	• Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS o organiza? • Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante? • Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática? • Há mecanismos de integração da rede? A contrarreferência ocorre?
Orientação para a comunidade	• Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. • Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. • Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.	• A equipe conhece os problemas da comunidade? • A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade? • A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais? • Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?

Quadro 4 – Atributos da atenção primária à saúde (cont.)

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Centralidade na família	• Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.	• Os prontuários são organizados por família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família? • Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência cultural	• Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.	• A equipe reconhece necessidades culturais especiais? • A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas? • Os usuários entendem as orientações da equipe?

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002; Almeida & Macinko, 2006.

Como mencionado, no processo mundial de renovação da atenção primária, observa-se disputa de distintas concepções de atenção primária pelas agências internacionais com importantes repercussões sobre a equidade e o direito à saúde, principalmente entre a abordagem seletiva e a abordagem integral. As concepções seletiva e abrangente de APS compreendem questões teóricas, ideológicas e práticas muito distintas com consequências diferenciadas sobre a garantia do direito universal à saúde.

Uma importante característica de uma atenção primária à saúde integral, que a diferencia das outras concepções, é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma-Ata; o que implica atuação dirigida para a comunidade – orientação para a comunidade – para enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade e incentivar a participação social. Reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença exige a articulação com outros setores de políticas públicas, desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde. A ação comunitária das equipes de APS com diagnóstico, discussão dos problemas da comunidade, mobilização social e planejamento de intervenções para enfrentamento desses problemas é fundamental para responder às necessidades coletivas e não apenas individuais de saúde. As ações comunitárias das equipes de APS, para serem mais efetivas, dependem de iniciativas das esferas governamentais. A articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da política municipal.

Para refletir
Quais as possíveis contribuições da APS para a saúde da população?

Antecedentes históricos de serviços de atenção primária

A primeira proposta governamental formal de organização de um primeiro nível de atenção data de 1920, na Grã-Bretanha, quando, por iniciativa do Partido Trabalhista, um

conselho formado por representantes do Ministério da Saúde e dos profissionais médicos privados propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para cobertura de toda a população. Nesse documento, conhecido como *Relatório Dawson* (nome do presidente do conselho), o centro de saúde é "uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob condução dos médicos generalistas (*general practitioners* – GPs) do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas" (Roemer, 1985: 323).

A proposição do *Relatório Dawson* incluía ainda a organização regionalizada dos serviços de saúde, hierarquizada em nível primário, secundário e terciário. Essas ideias não foram imediatamente implementadas por pressão da corporação médica, mas fundamentaram posteriores iniciativas de organização dos sistemas de saúde. O primeiro nível de atenção na Inglaterra, na criação do National Health Service (NHS), em 1946, foi constituído por médicos generalistas que atuam em seus consultórios com dedicação exclusiva ao NHS. Os centros de saúde foram difundidos somente na década de 1960, quando muitas unidades foram construídas na Inglaterra. Os médicos generalistas, ainda que permanecendo como profissionais autônomos, passaram a dar consultas nesses centros de saúde, trabalhando ao lado de outros profissionais de saúde, empregados governamentais, como enfermeiras, visitadoras domiciliares e assistentes sociais.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, difundiu-se um modelo diferente de centro de saúde, limitado a serviços preventivos. Experimentado inicialmente em uma das colônias britânicas (Sri Lanka), esse modelo separava funções clínicas e de saúde pública. O centro de saúde atuava com foco em serviços prioritariamente preventivos, e os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para ambulatórios de hospitais (Roemer, 1985).

A Fundação Rockefeller fomentou esse modelo de centro de saúde como instituição exclusivamente de saúde pública nas décadas de 1930 e 1940, o que inspirou no Brasil, na época, a criação de centros de saúde e unidades do Serviço de Saúde Pública (Sesp) com apoio da fundação. Exceto para certas doenças transmissíveis – como doenças venéreas e tuberculose, para as quais eram realizados tratamentos como medida para prevenir contágio –, esses centros de saúde não prestavam atendimento clínico nem para os pobres, os quais eram tratados nos ambulatórios de hospitais filantrópicos (de caridade) após comprovarem sua indigência. A ideia de um centro de saúde responsável pela prestação de serviços abrangentes para a população voltou a ser revisitada nas Américas também somente na década de 1960, com a expansão da medicina comunitária nos EUA.

Nos países socialistas da URSS e do Leste Europeu – que na década de 1970 comportavam um terço da população mundial –, os centros de saúde foram o modelo de atenção ambulatorial predominante. Representaram o modelo de atenção ambulatorial mais inclusivo e integral, articulando serviços clínicos e preventivos de acesso universal gratuito, financiados predominantemente com recursos fiscais, de impostos gerais. A equipe básica era constituída por clínico geral ou internista, pediatra, gineco-obstetra, odontólogo, enfermeiras e pessoal auxiliar. Com frequência, esses serviços eram chamados de policlínicas e situados nos locais de trabalho, nas empresas (Roemer, 1985).

Atenção primária à saúde: experiência europeia

Diferentemente do que se observou em países periféricos, nos países de industrialização avançada, principalmente os europeus, a atenção primária continuou seu desenvolvimento como um dos níveis de atenção do sistema de saúde. Nesses países, os cuidados primários correspondem aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, porta de entrada no sistema de saúde, incluindo diferentes profissionais e um leque abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos direcionados a toda a população.

Em geral, o termo empregado é *primary care* ou *primary medical care*. Boerma e Dubois (2006) destacam a diferença de termos, indicando que *primary health care* refere-se a uma estratégia societal mais ampla como defendido em Alma-Ata, e que nos países europeus, em geral, o enfoque é de *primary care* – um subconjunto de ações ofertados especificamente dentro do sistema de serviços de saúde. Lembram que uma atenção de primeiro nível bem desenhada contribui para os objetivos mais amplos da APS, porém não é suficiente (Boerma & Dubois, 2006).

Contudo, a atenção primária europeia não pode ser caracterizada como seletiva – pois cobre o conjunto de necessidades da população, não se restringe ao primeiro nível, pois integra um sistema universal solidário, e cumpre em parte com os atributos de uma APS robusta. Constitui-se no serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva – atributos imprescindíveis da APS integral –, além de atender a outros requisitos para longitudinalidade, integralidade, coordenação e foco na família.

Os países europeus destacam-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde e pelo amplo espectro de serviços ofertados. Assim, a ênfase do primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais – sejam estes preventivos, sejam curativos – e não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde.

Nos países europeus, em geral, há certo consenso, entre formuladores de políticas e especialistas em organização de sistemas de saúde, de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Nesses países, a partir do final da década de 1990, as reformas dos sistemas têm buscado fortalecer esse nível de atenção em suas funções de coordenação dos cuidados e de porta de entrada do sistema de saúde.

A atenção ambulatorial de primeiro contato nos países da União Europeia (UE) é prestada com grande variação de configurações institucionais, seja em sua estrutura, em termos de organização e financiamento, seja nas práticas realizadas. A seguir são apresentadas algumas informações sobre o primeiro nível de atenção para os 15 países da Europa Ocidental que compunham a UE até 2004.

Para conhecer mais sobre a atenção primária em países europeus, consulte o livro *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*, organizado por Saltman, Rico e Boerma, com tradução em português, *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*, publicada em 2010.

As modalidades de financiamento da APS são indissociáveis daquelas dos sistemas de saúde. Por conseguinte, é necessário recordar que os sistemas de saúde europeus diferem em suas modalidades de financiamento e podem ser agrupados em dois modelos de proteção social em saúde principais: o bismarckiano, com base em seguros sociais de saúde (Social Health Insurance – SHI) de contratação compulsória, financiados pelas contribuições vinculadas ao trabalho assalariado (sete países); e o beveridgiano, de serviços nacionais de

saúde (National Health Service – NHS) ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais (oito países) (Quadro 5).

Nos serviços nacionais de saúde, o acesso é universal, não dependendo da posição na ocupação, pois se entende a assistência à saúde como direito de cidadania, e o acesso é garantido sem necessidade de contribuição prévia direta, obtendo-se o financiamento por meio de recursos fiscais, como discutido no capítulo 3. No Reino Unido, por exemplo, mais de 80% dos gastos em saúde são públicos e financiados em cerca de 90% com receitas de impostos (European Observatory on Health Care Systems, 2011). Nos serviços nacionais de saúde, a atenção primária é, portanto, financiada com recursos fiscais provenientes de impostos gerais.

Já nos países com seguros sociais de saúde, a atenção ambulatorial de primeiro nível é financiada – do mesmo modo que o conjunto das prestações – pelas contribuições de empregadores e trabalhadores proporcionais aos salários, pelo que se destina apenas aos segurados. Na Alemanha, por exemplo, cerca de 70% dos gastos com saúde são públicos, e destes mais de 90% provêm de receitas de contribuições sociais sobre salários (Giovanella, 2001).

O ator principal da atenção primária é o *general practitioner* (GP), *family doctor*, *Hausarz* ou médico de medicina de família e comunidade, um médico generalista que acompanha as famílias, independentemente de sexo ou idade de seus membros (Saltman, 2006). O GP é o principal profissional médico de primeiro contato na maioria dos países europeus; todavia, a posição dos profissionais de atenção primária e a organização do sistema de saúde diferem entre países, observando-se variação quanto ao tipo de serviço responsável pelo primeiro contato e ao papel que o profissional exerce como porta de entrada e filtro para a atenção especializada.

Nos países em que vigoram serviços nacionais de saúde, é mais frequente que a atenção ambulatorial esteja organizada em níveis de atenção mediante a oferta de um generalista para a maioria dos problemas de saúde. O generalista exerce a função de serviços de primeiro contato e é responsável pelos encaminhamentos necessários a um segundo nível de atenção especializado (*gatekeeper*). A responsabilidade pelo primeiro contato é compartilhada, em alguns países, por outros profissionais de atenção primária, como ginecologistas e pediatras, no atendimento dos correspondentes grupos populacionais (Quadro 5).

De modo diferente, na maior parte dos países com esquemas de seguro social (cinco em sete países) não há separação da atenção ambulatorial em níveis – entre a atenção prestada por clínicos gerais e aquela prestada por especialistas –, permitindo-se aos segurados a livre escolha entre a procura direta ao generalista e ao especialista, o que dificulta a coordenação dos cuidados, não se constituindo um primeiro nível de atenção (Giovanella, 2006; Boerma & Dubois, 2006).

Porta de entrada obrigatória

Um aspecto crucial para a caracterização da atenção primária é a análise da posição desse serviço na rede assistencial como serviço de primeiro contato com instituição de porta de entrada obrigatória ou preferencial (mecanismo de *gatekeeper*), considerada instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo generalista.

Porta de entrada obrigatória ou preferencial (*gatekeeper*)

O profissional médico ou o serviço de atenção primária deve ser procurado a cada nova necessidade de atenção, constituindo-se no serviço de primeiro contato e responsável pela referência a serviços especializados conforme as necessidades. A porta de entrada obrigatória ou preferencial funciona como um instrumento que facilita a coordenação dos cuidados pelo generalista e delega ao profissional de atenção primária poder sobre os outros serviços.

Mecanismos de coordenação hierárquica do tipo *gatekeeper*, por meio do qual se delega ao GP poder sobre outros níveis de atenção, foram estabelecidos em países com serviços nacionais de saúde já na década de 1960, definindo-se clara separação de papéis entre médicos generalistas e especialistas. Nos países com porta de entrada obrigatória, os GPs, além de controlarem amplamente as referências para especialistas, funcionam mais frequentemente como serviço de primeiro contato para um maior elenco de situações, atendendo a homens e mulheres em todas as fases da vida (Rico, Saltman & Boerma, 2003).

O exercício da função de porta de entrada obrigatória implica a obrigatoriedade de inscrição dos pacientes em um consultório de GP ou em unidade primária de saúde. Assim, países com porta de entrada obrigatória também dispõem de sistema de inscrição de pacientes (Quadro 5). A inscrição nos serviços é efetuada por iniciativa do cidadão/segurado, que desfruta de certa liberdade de escolha – e possibilidade posterior de troca – entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico. Trata-se de situação diferente do que ocorre no Brasil, onde o acesso ao programa decorre de adscrição compulsória, ou seja, cadastramento da população de determinada área geográfica por parte dos agentes comunitários de saúde.

A extensão das listagens de cidadãos inscritos por GP apresenta importante variação entre países europeus: de 1.030, na Itália, até no máximo 2.500, na Espanha.

Para refletir

Observe a situação dos países europeus no Quadro 5 e compare com a organização dos serviços do SUS em sua cidade.

O Quadro 5 sintetiza a posição dos serviços de atenção primária no sistema de saúde em países europeus selecionados. Com base nas modalidades de sistemas de saúde, indicam-se algumas características dos serviços de primeiro contato, tais como: os profissionais médicos responsáveis pelo primeiro contato; os tipos de unidade de saúde de atenção primária; o exercício da função de porta de entrada obrigatória; a exigência de inscrição de pacientes no GP ou unidade de saúde e o número médio de pacientes inscritos por GP.

Estudos mostram que os sistemas de saúde orientados por APS resolutiva estão associados a melhores resultados e maior eficiência. Comparações internacionais evidenciam melhores resultados nos países que contam com uma estrutura de atenção primária robusta, exibindo impactos positivos sobre alguns indicadores da situação de saúde, havendo redução de mortalidade por todas as causas e de mortalidade precoce por doenças respiratórias e cardíacas (Macinko, Starfield & Shi, 2003).

Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui em geral para maior eficiência do sistema. Pesquisas demonstram que um sistema de porta de entrada obrigatória reduz custos, em especial se operado por um setor de atenção primária que disponha de recursos adequados, pois a atenção realizada pelo GP demanda custos menores (Rico, Saltman & Boerma, 2003) e resulta em menor uso de medicamentos.

Quadro 5 – Características dos serviços de primeiro contato em 15 países selecionados da União Europeia

Países por modalidade do sistema de saúde	Profissional médico de primeiro contato	Tipo de unidade de saúde de APS	Papel de porta de entrada obrigatória	Inscrição de pacientes	Número médio de pacientes na lista do GP***
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE					
Dinamarca	GP	consultório grupo	X	X	1.600
Espanha	GP, pediatra	centro saúde	X	X	1.400 (2.500) 700/pediatra
Finlândia	GP	centro saúde	parcial	misto	1.600 (3.100)
Grécia	GP	centro saúde	não	não	-
Itália	GP, pediatra	consultório ind.	X	X	1.030 (1.500) 800/pediatra
Portugal	GP	centro saúde	X	X	1.500
Reino Unido	GP	consultório grupo	X	X	1.432
Suécia	GP*	centro saúde	parcial	misto	(2.000)
SEGURO SOCIAL					
Alemanha	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-
Áustria	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-
Bélgica	GP	consultório ind.	não	não	-
França	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-
Holanda	GP	consultório grupo	X	X	2.350
Irlanda	GP	consultório ind.	X	X**	-
Luxemburgo	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-

* Na Suécia, parte das crianças é atendida por pediatras, e em alguns centros de saúde trabalham ginecologistas.
** Inscrição somente para pacientes de baixa renda.
*** Entre parênteses, número máximo de pacientes inscritos por GP.
Fonte: Adaptado de Giovanella, 2006.

Quando o especialista está restrito ao hospital, como nos serviços nacionais de saúde, ocorre melhor integração da atenção hospitalar com a especializada e o uso mais racional de equipamentos médicos (uso compartilhado para pacientes internados e para consultas ambulatoriais com especialistas), realizando-se menor número de procedimentos especializados, como tomografias computadorizadas, por exemplo. Na Dinamarca, país com serviço nacional de saúde em que o GP exerce a função de *gatekeeper*, existem 14,6 tomógrafos por um milhão de habitantes e é realizada 0,9 tomografia/cem mil habitantes; na Áustria, país com seguro social de saúde sem primeiro nível de atenção definido, existem 29,2 tomógrafos por um milhão de habitantes e são realizados 2,5 exames/cem mil habitantes ao ano, sem prejuízo para os resultados em saúde. A situação de saúde da população dinamarquesa é bem melhor que a da austríaca (Wendt & Thompson, 2004; OECD, 2012).

Políticas de atenção primária à saúde no Brasil

No Brasil, a adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou no debate da agenda de reforma setorial em meados da década de 1970, acompanhando o movimento internacional. Contudo, seus antecedentes remontam à década de 1920, quando foram implantados serviços que hoje poderiam ser chamados de atenção primária.

Antecedentes históricos

A saúde pública no Brasil como função estatal consolida-se na década de 1930, tendo por base práticas normativas de prevenção de doenças mediante campanhas sanitárias de saúde pública e a organização de serviços rurais de profilaxia, centralizadas no Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). A organização das ações e dos serviços de saúde para a atenção de caráter curativo e individual realizava-se pela assistência médica urbana, com base em especialidades, por meio de Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criados nas décadas de 1920 e 1930, seguindo o modelo de seguros sociais (Hochman & Fonseca, 1999).

Para conhecer em detalhes o processo histórico das políticas de saúde no Brasil no século XX, consulte os capítulos 10 e 11, que abordam a história dessas políticas de 1822 a 1990.

Na década de 1940, as reformas administrativas do Mesp aprofundaram a centralização e a verticalização das ações de saúde pública a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, voltados para doenças específicas, como malária, hanseníase, tuberculose etc., e do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

O modelo Sesp das décadas de 1940 e 1950 para unidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller.

Donnangelo e Pereira (1976), ao analisarem as relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas onde ela se desenvolve, sistematizaram algumas questões relativas à experiência americana de organização da prática médica e das reformas no âmbito do ensino médico – medicina integral, medicina preventiva e medicina comunitária. A escola médica naquele país, como agência social, teve um papel importante na elaboração e na experimentação de modelos de organização em que um dos objetivos era a prestação de serviços a grupos sociais não incluídos no consumo dos cuidados médicos.

Para Arouca, a medicina integral e a medicina preventiva da década de 1940 implicaram um projeto de mudança da prática médica que buscava formas de racionalização da assistência médica que pudessem inserir grupos excluídos e com necessidades geradas na estrutura social, sem romper com a sua organização liberal e com o poder do médico (Arouca, 2003). Isto se deve à especificidade do modelo americano de baixa intervenção do Estado nas relações sociais, mas de crescente participação no financiamento do consumo dos cuidados dos grupos excluídos do processo produtivo.

Na década de 1970, a emergência da medicina comunitária como campo de práticas que também se difundiu para os países da América Latina, com o apoio das agências internacionais, apresentava um caráter claramente paralelo à organização da assistência médica individual voltada para categorias excluídas do cuidado médico por incapacidade de consumo direto de bens e serviços. Essa dimensão de programa destinado à redução da pobreza dá a essa prática o caráter de política social associada ao princípio do direito à saúde e ao desenvolvimento social de parcela da população, pela articulação de princípios

de participação social e da inclusão dos pobres na força de trabalho em saúde, por meio de treinamento profissional.

A dualidade entre saúde pública e assistência médica urbana no âmbito do seguro social persiste durante várias décadas, não sendo superada nem mesmo por mudanças institucionais como a criação do Ministério da Saúde, em 1953, nem pela extensão de cobertura previdenciária promovida pela unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966 (Oliveira & Teixeira, 1986).

Durante a década de 1970, a crise econômica se aprofundou, expondo os percalços da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e as mazelas dos sistemas social e de saúde – situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais que, sem facultar acesso a bens públicos, se expressava em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas.

Emergiram, nessa fase, algumas experiências sanitárias que difundiam, a longo prazo, um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em confronto com o modelo assistencial vigente.

A participação da universidade, em especial dos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas brasileiras, que desenvolveram programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária, foi fundamental no desenvolvimento e na difusão dessas experiências no setor saúde. O projeto postulava uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de enfocar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não poderia se limitar ao ato isolado de um agente – o médico –, mas deveria buscar a cooperação entre as diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviço social, creches etc.

O atendimento médico proposto pelas escolas médicas, em especial as cadeiras de medicina integral, preventiva e comunitária, mediante novos convênios entre o Ministério da Educação e Cultura e a Previdência Social, voltava-se para atuação nas comunidades, com ações de atenção primária. Assim desenvolveram-se propostas de reforma da saúde, como política social, por meio de atividades de extensão acadêmica, ou seja, da prestação de serviços de saúde em comunidades urbanas e rurais, nas quais as condições de vida eram precárias, atingindo grupos populacionais sem acesso ao consumo direto ou indireto (via seguro social) de cuidados médicos ou de outros serviços sociais (Donnangelo & Pereira, 1976; Oliveira & Teixeira, 1986). Simultaneamente, empreendia-se uma reforma no ensino médico.

No caso da atenção à saúde, as experiências tenderam a estimular a participação de membros da população nas atividades do programa mediante o treinamento em atividades de saúde, os quais assim se constituíram em agentes, para atender a comunidade e oferecer soluções para as suas dificuldades, reorganizando-a e transformando-a como estrutura social. Essas práticas, ao intervirem sobre a população não integrada ao processo produtivo, promoveram nova diferenciação no campo médico-social, que se caracterizou pela extensão dos serviços médicos por meio de técnicas simplificadas e massificadas, as quais ampliavam o consumo e se compatibilizavam com a necessidade de reduzir custos.

As formas como tais práticas se efetivaram no Brasil responderam a distintas demandas ainda marginais na década de 1970 do ponto de vista da cobertura populacional e da reorientação dos gastos públicos – interiorização dos serviços de saúde, hierarquização e regionalização de atenção médica. Ademais, abriram o debate nacional para a atenção primária à saúde, quando esta recebia suporte da decisão política traçada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, referida anteriormente.

Desse modo, a adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou na pauta da agenda brasileira na década de 1970 com base nas experiências relatadas e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). O Piass, financiado com recursos do Fundo de Apoio Social administrados pela Caixa Econômica Federal, destinava recursos tanto à construção de unidades básicas de saúde quanto a convênios entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, no âmbito federal, e as secretarias municipais de Saúde, visando a implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte. Tais serviços foram organizados em lógica similar à estratégia da APS nas regiões Nordeste e Sudeste com vistas à expansão da cobertura.

O debate público em torno da formulação de alternativas ao modelo de proteção social então vigente cresceu diante da contestação dos trabalhadores contra as filas para atendimento nos postos de assistência médica previdenciária (Oliveira & Teixeira, 1986). O modelo de assistência médica curativa, centrado no indivíduo, além de oferecer cobertura restrita aos segurados da previdência social, era oneroso e viu sua condução se deteriorar por gestão fraudulenta do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Em 1980, mediante uma articulação entre setores do Ministério da Saúde e do Inamps, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde), que pretendia estender os benefícios experimentados aos centros urbanos de maior porte e minimizar o efeito da crise previdenciária. Essa medida aprofundou o debate político dentro do setor em favor da efetiva universalização da assistência médica, embora não se tivesse alcançado sua aprovação.

Em 1982, o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) teve maior êxito ao contemplar demandas de setores sociais emergentes e incorporar novos atores com representação no conselho. Para alguns analistas desse período, o Plano Conasp rompeu a tendência altamente centralizadora na formulação de políticas a partir do nível federal ao abrir espaços para experiências localizadas, em especial o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), proposta de organização de serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo (Mendonça, 1992).

O Plano Conasp propôs uma racionalização da atenção médica previdenciária – respaldada em orientações técnicas de organismos internacionais (como a Organização Pan-Americana da Saúde) e no acúmulo de conhecimento teórico-científico produzido internamente no Brasil – que foi consolidada com a expansão das AIS (Mendonça, 1992).

As AIS tomadas como estratégia em 1985, no primeiro governo da Nova República, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, Inamps, secretarias estaduais e municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a prestar atenção

integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social. A implementação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros, como primeiro nível de atenção, ainda pouco articulado.

Paralelamente, outros programas de atenção primária direcionados a grupos específicos, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), foram lançados, entre 1984 e 1987, como parte da estratégia para consolidar a rede de serviços básicos de saúde. Eles serviram de modelo para os demais programas de atenção integral criados posteriormente, voltados a grupos de risco: idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, etc.

Simultaneamente, outros modelos assistenciais foram sendo buscados por meio de discussões teóricas e aplicações práticas, na tentativa de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas e superar o modelo centrado no hospital e na contratação de serviços privados da assistência médica da previdência social (Inamps). Modelos assistenciais alternativos, como Em Defesa da Vida e suas estratégias de acolhimento, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), as ações programáticas de saúde, na Universidade de São Paulo (USP), os Sistemas Locais de Saúde (Silos) e seus distritos sanitários propostos pela Opas foram desenvolvidos e implementados influenciando experiências posteriores (Andrade, Barreto & Bezerra, 2006).

Difundem-se também, desde o final dos anos 70, experiências de saúde comunitária em diversos municípios do país com governos eleitos de oposição ao regime militar. No Sul e no Sudeste, muitas dessas experiências alternativas foram influenciadas por egressos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde Murialdo (Porto Alegre – RS), criado em 1976 e que desde 1979 tornou-se multiprofissional.

Para saber mais sobre modelos assistenciais alternativos, consulte o capítulo 15.

Sistema Único de Saúde e redefinição do modelo de atenção à saúde

A reorganização dos serviços básicos se inscreveu no projeto de Reforma Sanitária brasileira desde a década de 1970, quando, no processo de democratização do país, um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social, além de técnicos engajados dos ministérios setoriais, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção (Escorel, 1999).

O movimento sanitário em suas três vertentes é analisado no capítulo 11.

A Reforma Sanitária foi contemporânea à reestruturação da política social brasileira, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A definição constitucional da saúde como "um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação" (Constituição Federal de 1988, art. 196) reconheceu nova correlação de forças no plano da sociedade e no cenário político de luta por ampliação da cidadania (Fleury, 1994).

As bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram fixadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Foram complementadas na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (I e II),

de 1990, que criaram o Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, que garante a participação social – como analisado no capítulo 12.

Formou-se então novo aparato institucional de gestão da política de saúde que consolidou a esfera pública no Brasil, apoiado na concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde. O papel do Estado na regulamentação, na fiscalização e no controle da execução de ações e serviços de saúde, quando complementares ao setor público, foi também preservado.

Um programa de atenção primária seletiva: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O princípio da equidade em saúde, um valor fundamental da Reforma Sanitária, permitiu que na construção do SUS se buscasse reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades. Todavia, na década de 1990, a tensão entre o avanço do projeto neoliberal – ou contrarreforma, por propugnar a redução dos gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde via mercado – e a preservação do SUS e suas diretrizes fez o Ministério da Saúde – ao qual foram incorporados estruturas, serviços e profissionais da assistência médica previdenciária em 1990 – adotar mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão. Tais mecanismos transferiam a responsabilidade da atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da 'assistência básica', organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população.

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendeu às demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) recrutados em caráter informal, por processos seletivos locais, se subordinavam às unidades básicas administradas pela fundação e eram supervisionados por enfermeiros. A implementação do Pacs teve caráter emergencial e visou a dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica.

A expansão do modelo **Pacs** para outras regiões do país a partir de 1993-94 respondeu a novos objetivos políticos do governo federal. Um deles foi priorizar as áreas periféricas das grandes cidades identificadas como bolsões de pobreza pelo 'Mapa da Fome', aproveitando-se o impacto positivo nos indicadores de saúde e a possibilidade de se chegar a uma forma descentralizada de operação da política de saúde, observada no funcionamento do programa no Nordeste.

Contudo, diante da incipiente cobertura médico-sanitária naquelas regiões, os agentes foram gradualmente capacitados para outras atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher – com prioridade, em face da vulnerabilidade desses grupos. Com atuação de leigos sem formação prévia na área de saúde e elenco restrito de ações, o Pacs correspondia assim a um programa de atenção primária seletiva.

Outro objetivo foi atender à demanda política das secretarias municipais de Saúde por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica. A institucionalização dos ACS no âmbito da política nacional envolveu o entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executadas fora das unidades de saúde. Implicou também a ruptura do preconceito quanto à realização de serviços de atenção à saúde por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sob a responsabilidade de um supervisor.

Para refletir
Compare a atuação dos ACS com a experiência dos médicos de pés descalços chineses, mencionada na primeira parte deste capítulo (no item "A Conferência de Alma-Ata e as bases para uma APS abrangente"). Quais deveriam ser as atribuições dos ACS no Brasil?

Tal fato exigiu a definição do perfil do ACS e de suas atribuições, além de supervisão especializada, o que condicionou a presença de um profissional da saúde de nível superior, o enfermeiro, na base operacional de todo o processo de trabalho dos agentes. Desse modo, promoveu-se inicialmente uma mudança das práticas/ações de saúde, espacial e técnico-administrativa, ao se desenvolverem ações de saúde extramuros, não mais centradas na figura do médico. A posterior incorporação das atividades desenvolvidas pelos agentes à tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS garantiu o seu pagamento com algum controle e possibilidade de avaliação dos resultados.

Agente Comunitário de Saúde (ACS): um profissional singular, genérico e autônomo

Nos últimos vinte anos, as políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com a introdução do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (Pacs) e a incorporação do ACS à Saúde da Família, promoveram mudança substancial nas práticas sociais em saúde.

A SINGULARIDADE desse agente, que permanece ao longo do tempo, se deve especialmente à sua identidade comunitária – ser morador da comunidade onde atua –, condição e fator essencial ao exercício da solidariedade social.

É profissional GENÉRICO, que se distingue totalmente de outros profissionais da saúde. Seu desempenho profissional se dá pelo papel de mediação social, que independe de qualificação específica em Saúde. Deve ativar a interlocução dos atores sociais quanto aos seus valores éticos, suas necessidades, suas formas de conhecimento e capacidade de constituir redes de apoio social e garantia de direitos, ou seja, em favor do exercício da cidadania.

Por AUTONOMIA do ACS entende-se a capacidade de se autoplanejar, de administrar seu tempo e suas ações individuais ou em equipe de modo a participar da vida social e política da comunidade, de seus problemas e nos processos de tomada de decisão correspondentes.

O ACS tem o papel de MEDIAÇÃO SOCIAL entre a equipe, os usuários e as famílias cadastradas. Seu trabalho consiste em estabelecer relações de troca e comunicação entre diferentes atores e contextos socioculturais em que de um lado está a população ou comunidade onde ele próprio, ACS, se insere, e de outro estão os serviços públicos de saúde, com normas e prescrições próprias reguladas pelo Estado e controladas pela sociedade.

O trabalho do ACS como trabalhador genérico e autônomo engloba COMPETÊNCIAS TÉCNICAS para atendimento aos indivíduos e famílias, por meio de ações de prevenção de agravos, de monitoramento de grupos ou problemas específicos, e COMPETÊNCIAS POLÍTICAS para a ação comunitária, discutindo a saúde e seus múltiplos determinantes e atuando no sentido da organização da comunidade para enfrentamento desses problemas.

A atuação do ACS se iniciou nos anos 90, institucionalizando-se um trabalhador de saúde sem precisar seu perfil profissional, inserido por uma condição de socialização tradicional sem formação prévia, exigindo-se apenas alfabetização e capacidade de lidar com algumas medidas. Aos poucos, dada a necessidade de se atender à prioridade do trabalho intersetorial e da promoção da saúde, foi sendo definido um perfil profissional e pensada uma formação profissional que introduzisse competências básicas adequadas ao trabalho autônomo e criativo, permeado de diferentes funcionalidades. O trabalho do ACS não é mais voluntário ou recrutado localmente sem exigências formativas. Passou ao longo do tempo por reconhecimento legal e regulamentações (leis federais 10.570/2002 e 11.350/2006) que, simultaneamente, visaram a reduzir a precariedade

do trabalho, promover a inserção por meio de processos seletivos públicos e consolidar um perfil profissional no âmbito nacional, baseado em prescrições normativas. Estas devem ser atendidas no desenvolvimento de suas atividades e fazer parte dos conteúdos curriculares dos cursos de formação técnica do ACS, ofertados pelas escolas técnicas do SUS.

Um grande desafio quanto à formação profissional do ACS está em responder à multifuncionalidade do seu trabalho – que ainda tem ação política frágil ante o potencial do trabalho intersetorial em políticas públicas – e simultaneamente consolidar ações técnicas de acompanhamento de grupos vulneráveis como crianças, idosos ou portadores de agravos específicos como tuberculose ou malária, por meio da visita domiciliar e encaminhamento para o atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF).

Fonte: Mendonça, 2004; Fausto *et al.*, 2011.

A avaliação contínua do Pacs indicou a necessidade de maior articulação entre esse modelo e os serviços de saúde para evitar o esgotamento e o desgaste da atuação dos agentes. O Pacs, integrado ao sistema municipal de saúde, poderia garantir maior efetividade em seu trabalho com as comunidades, facilitando também a articulação com órgãos e instituições não setoriais, ampliando o leque de intervenções e melhorando seu desempenho (Heimann & Mendonça, 2005).

O Programa e a posterior Estratégia Saúde da Família

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde.

A formulação do Programa Saúde da Família (PSF) foi estimulada por esses antecedentes e se materializou com a portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção.

O PSF foi incentivado pela norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído e definiu financiamento específico. Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extrassetoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

Uma síntese da NOB 96 você encontra no capítulo 12. Consulte.

A partir da NOB 96, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, "um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (Brasil, 1998). Também apontava para a incorporação de novas tecnologias e para a mudança nos métodos de programar e planejar essas ações.

A NOB 96 teve entre suas principais determinações: 1) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios – até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços – por nova modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais; 2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica

(para reduzir desigualdades do acesso), avançando para além da seletividade (que focaliza a atenção em razão do risco) e propondo a Saúde da Família como estratégia; 3) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

A norma operacional básica 96 estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes – fixo e variável.

O PAB fixo constitui-se em uma transferência em base *per capita* para cobertura de atenção básica pelos municípios, isto é: nesta modalidade de repasse, define-se um valor fixo por habitante ao ano. Cada município recebe recursos financeiros correspondentes ao número de seus habitantes por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (fundo a fundo), para alocar na atenção básica de seus munícipes.

O PAB variável é composto por incentivos financeiros para a adoção dos programas estratégicos, que em 1998 eram o PSF/Pacs, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária. Os recursos recebidos pelos municípios por meio do PAB variável, portanto, 'variam' conforme a adoção ou não desses programas pelo município.

Essas medidas estimularam debates no espaço local/municipal em torno da necessidade de esse nível do governo organizar e gerenciar seus próprios serviços, intensificando o processo de municipalização da atenção à saúde não só no nível primário de atenção. A produção descentralizada de serviços básicos de saúde pressionou e ampliou a demanda de serviços por outros níveis de atenção, cuja regulação estava fora do domínio municipal, apesar do interesse dos secretários municipais em discuti-la.

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF respaldava a participação popular e cooperava para a expressão das necessidades de saúde da população, construindo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania.

Segundo Viana e Dal Poz (1998), um dos propósitos do PSF foi colaborar na organização do SUS em seu processo de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento e estimulando a participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho. Sua implementação justificava-se pela necessidade de se formarem equipes mínimas de saúde nos municípios em consonância com a prioridade de interiorização do SUS.

Muitos aspectos de sua estruturação foram facilitados pela existência prévia do Pacs: diagnóstico da saúde da comunidade; planejamento e programação local; complementaridade entre ações de saúde pública e atenção médica individual; estímulo à ação intersetorial; acompanhamento e avaliação. A organização em unidades de Saúde da Família, como modelo de assistência, vai além da prestação de assistência médica individual e deve variar segundo os problemas identificados na área de implantação, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Em tese, dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer, o Ministério da Saúde, com a experiência do Pacs/PSF, propôs-se a atuar na esfera da equidade e, promovendo a atenção primária, contribuir para a construção de um sistema de saúde voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, permitindo-lhes o acesso aos

serviços de saúde locais. Ainda assim, mantinha características de uma APS seletiva, pois o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia deu à APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema.

Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada em documento do Ministério da Saúde de 1997 intitulado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, passando a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde:

> pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (...). Propõe-se a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (Brasil, 1997: 9)

Na trajetória desses programas de estruturação da atenção primária de caráter abrangente no país, observa-se forte associação entre sua experimentação e o processo de descentralização em diferentes dimensões, como na reorientação do modelo médico-assistencial e na revisão da condução da atenção primária. Assim, tais programas possibilitaram às experiências municipais ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral e contínua da saúde, as quais transformam gradualmente as práticas sociais em saúde.

A concepção de atenção primária da Estratégia Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família constitua a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção resolutivo, integrado à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe – composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – fique responsável por em média três mil pessoas residentes em área geográfica delimitada. Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (Brasil, 2006).

A Estratégia Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família (EqSF), multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; estabelecer o cadastramento das famílias para acompanhamento na Unidade da Saúde da Família, entendida como porta de entrada no sistema local e o primeiro nível de atenção na rede de serviços; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

A **Equipe de Saúde da Família (EqSF)** é multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. É responsável pelo acompanhamento da saúde de seiscentas a mil famílias (média recomendada de três mil pessoas, no máximo quatro mil).

No Brasil, a especialidade médica para a atenção primária denomina-se medicina de família e comunidade. Esta especialidade na América Latina é designada por medicina familiar, medicina geral familiar e comunitária, medicina de família e medicina geral integral, como ocorre em Cuba.

À EqSF pode ser associada uma equipe de saúde bucal (ESB). A ESB tipo I é composta por cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, e nas ESB tipo II também por técnico de higiene dental com trabalho integrado a uma ou duas ESF.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) compostos por outros profissionais de saúde são associados a três ou mais EqSF.

Para saber mais sobre as ESB, consulte o capítulo 19, sobre saúde bucal.

Outra importante mudança no modelo assistencial é a incorporação da mediação da ação intersetorial. A atuação intersetorial é uma atribuição das equipes de Saúde da Família, que devem promover ações intersetoriais e parcerias com organizações presentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos fatores de risco e problemas identificados, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde (Brasil, 2006). A atuação intersetorial é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível de atenção e contemple não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, incidindo sobre problemas coletivos, promovendo a saúde e atuando nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade.

Intersetorialidade

A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais. Em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados (finais ou intermediários) de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só. Como apontam Carvalho e Buss no capítulo 4 deste livro, a atuação sobre os diversos níveis dos determinantes sociais extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde e torna obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais.

A construção de uma APS abrangente exige, portanto, além da prestação adequada de serviços de saúde, ações intersetoriais em resposta aos determinantes sociais e para promoção da saúde. A saúde da população é inseparável do desenvolvimento econômico e social. Depende das condições de vida e trabalho das pessoas, do acesso à renda, educação, lazer, alimentação saudável, moradia, transporte, e a serviços de saúde. Para enfrentar estes determinantes sociais dos processos saúde-doença, é necessário uma articulação de todos os setores de políticas públicas em uma ação conjunta chamada intersetorial. A extensão na qual o setor saúde toma a iniciativa e lidera a intervenção intersetorial depende do tipo de problema a enfrentar: desde tomar a liderança até ser um entre muitos parceiros quando outros setores dispõem de mais conhecimentos e recursos para enfrentar determinado problema.

Na perspectiva da atenção primária, no âmbito municipal, a atuação intersetorial deve se processar em diversos níveis: na articulação de políticas municipais, na articulação ao interior da secretaria municipal de Saúde e na ação comunitária no território.

Com o objetivo de desenvolver ações integradas sobre os territórios, foram propostas as Teias – Territórios Integrados de Atenção à Saúde, que buscam uma articulação horizontal dos vários

setores de políticas públicas nos territórios. Pretende-se articular em nível local as unidades de Saúde da Família, os agentes de endemias, as escolas, os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), as associações comunitárias e outras entidades e setores de políticas públicas atuantes no território, e estabelecer relações horizontais na construção de projetos comuns de intervenção que contribuam para a promoção da saúde.

Em Vitória (ES), por exemplo, a intersetorialidade constitui uma das diretrizes centrais da gestão pública, sendo consensual a avaliação de que a administração municipal é sustentada no princípio da articulação e da integração entre as várias secretarias, sobretudo as da área social. Nesse contexto, foram criadas as Câmaras Territoriais, fórum permanente de discussão dos principais problemas do território e de integração das políticas públicas que propicia otimização de recursos humanos, financeiros, materiais, organizativos e políticos. As Câmaras Técnicas têm caráter deliberativo e são constituídas por gestores e técnicos das diversas secretarias municipais que atuam no território. A discussão coletiva e a tomada de decisões por consenso são a base da dinâmica de seu funcionamento. Os temas a serem debatidos nesses fóruns são priorizados com base nas demandas levantadas pelos diferentes setores, e depois de problematizados, definem-se as responsabilidades e a programação de execução compartilhada. Após as decisões, as ações são desenvolvidas de forma integral e avaliadas mensalmente num processo contínuo, ou seja, novas ações são construídas na medida em que algumas são finalizadas. Além disso, a Câmara Territorial possibilita a técnicos e gestores de diferentes setores se conhecerem, conversarem, definirem caminhos que garantam a efetividade do atendimento aos munícipes.

A presença de iniciativas do executivo municipal fortalece a ação comunitária das EqSF nos territórios. A realização rotineira e periódica do diagnóstico do território e a preparação de um projeto de intervenção definindo estratégias de intervenção com participação social são instrumentos para a ação comunitária das equipes. Desse modo, as equipes podem apoiar a população na busca de soluções de problemas do bairro juntamente com outros órgãos públicos, mediando ações intersetoriais. Parte dos profissionais das equipes já realiza essas ações, mas é preciso incentivá-las.

Os ACS, por conhecerem a comunidade na qual atuam, podem identificar as necessidades e demandas da população e são muito importantes no estabelecimento das parcerias intersetoriais. O agente comunitário de saúde é o agente facilitador para a identificação de problemas coletivos e para a mobilização comunitária.

Indicadores de atuação intersetorial EqSF	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Percentual de profissionais da EqSF que participam de atividades voltadas para solução de problemas da comunidade com outros órgãos nos últimos trinta dias				
Médicos	30,4	12,5	41,0	37,1
Enfermeiros	53,0	24,0	38,6	58,0
ACS	50,7	34,1	33,6	48,0
Auxiliares/técnicos de enfermagem	33,3	30,3	29,2	34,9
Percentual de ACS que realizam levantamento das necessidades da população em saneamento e ambiente nos últimos trinta dias	71,3	57,0	67,9	64,6

Fonte: Adaptado de Giovanella *et al.*, 2009.

A mediação de ações intersetoriais é um componente fundamental de uma atenção primária integral e está presente também em modelos assistenciais alternativos como o da proposta da clínica ampliada.

Clínica ampliada na atenção primária

Uma importante abordagem desenvolvida na busca da integralidade no Brasil é a do modelo de atenção "em defesa da vida", originada de reflexões sobre a prática da gestão por parte de pesquisadores do Laboratório de Planejamento (Lapa) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pautado na defesa das diretrizes básicas dos SUS, procura constituir dispositivos e arranjos institucionais para a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com clara definição de responsabilidades. Enfatiza a necessidade de se reformular a clínica e a saúde pública com base nas reais necessidades dos usuários. Nesta abordagem, entende-se que para a atenção primária resolver 80% dos problemas de saúde de uma população, como proposto, é fundamental articular três funções básicas desenvolvidas por uma equipe multiprofissional:

Acolhimento e atenção à demanda e busca ativa com avaliação de riscos e de vulnerabilidades de pacientes, famílias e comunidades: esta função é crucial para que a atenção primária se constitua na principal porta do sistema. Implica disposição e organização da equipe para acolher em diferentes momentos e horários a variedade de demandas, avaliar os riscos implicados, garantir atenção oportuna com a máxima capacidade de resolver problemas. E, ao mesmo tempo, por meio de visitas domiciliares, adscrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade, vincular pessoas, famílias e comunidade às equipes de Saúde da Família.

Clínica ampliada ou clínica do sujeito: a clínica realizada na atenção primária tem especificidades, o que a torna distinta daquela realizada em hospitais ou ambulatórios de especialidades. Há grande complexidade nas intervenções na atenção primária, pois envolvem um grande número de variáveis. Tanto é necessário intervir sobre a dimensão biológica e orgânica de variados riscos e enfermidades quanto enfrentar os riscos subjetivos e os sociais. Para isso, é necessário criar possibilidades para construir vínculos duradouros com pacientes para incrementar a eficácia das intervenções clínicas. Quando há relação estável no tempo entre o médico generalista, sua equipe e o doente, é possível construir una clínica ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para compreender os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando-se suas características singulares – 'cada caso é um caso'.

Saúde coletiva: a equipe de atenção primária deve realizar procedimentos preventivos e de promoção da saúde. Busca ativa de doentes, imunização, educação em saúde, projetos intersetoriais para melhorar a qualidade de vida são ações importantes para melhorar a capacidade resolutiva e de prevenção de problemas de saúde.

Fontes: Campos, 2003, 2005.

A implementação da Estratégia Saúde da Família ocorre de diferentes modos nos mais de 5.600 municípios do país, e ainda são poucos os estudos que permitem saber se mudanças substanciais foram efetivamente implementadas no modelo assistencial. Estudos recentes indicam resultados de desempenhos mais positivos dos serviços de Saúde da Família em comparação com aqueles de atenção básica tradicional (Elias *et al.*, 2006; Facchini *et al.*, 2006). Outros estudos mostram associação positiva entre redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e implementação da Estratégia Saúde da Família (Mendonça *et al.*, 2011; Macinko *et al.*, 2011).

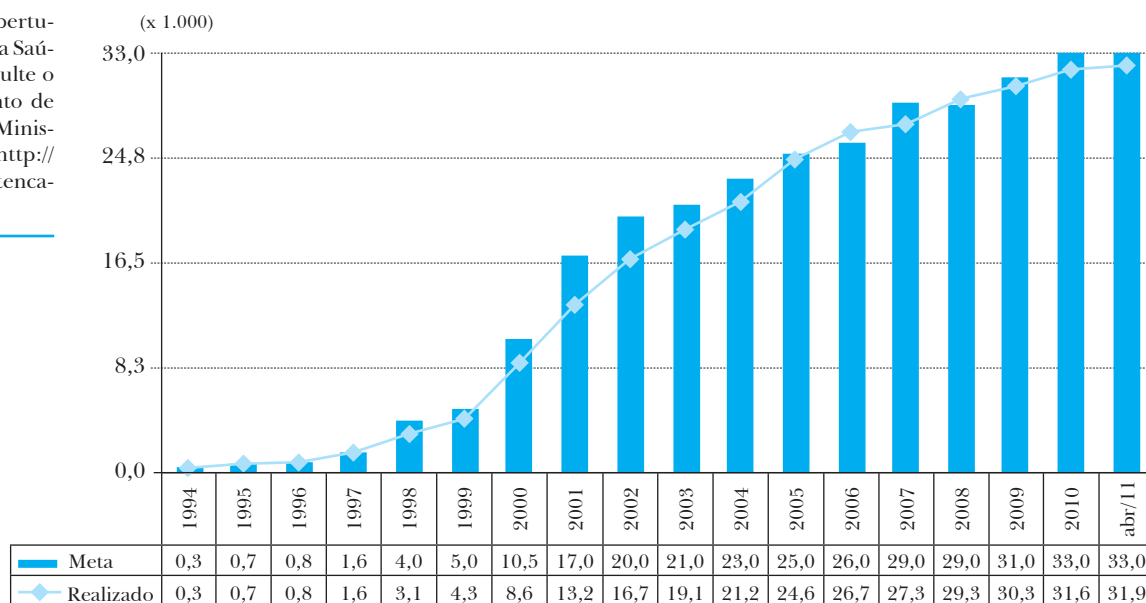
A Estratégia Saúde da Família expandiu-se ao longo da década de 2000 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde – por meio dos incentivos financeiros do PAB variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento –, atingindo em 2011 mais de 90% dos municípios brasileiros, com 32 mil equipes e cobertura populacional de 52% (cerca de 100 milhões de habitantes) (Gráfico 1).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Saúde de 2008 comprovou a elevada cobertura pela Saúde da Família: 47,7% dos domicílios brasileiros declararam estar cadastrados pela Estratégia Saúde da Família. Nesses domicílios cadastrados viviam 96,5 milhões de pessoas, correspondendo a 50,9% da população total do país. Essa pesquisa evidenciou também maiores coberturas nas populações e regiões mais desfavorecidas. Na região Nordeste, 68% da população residia em domicílios cadastrados, enquanto na Sudeste apenas 39%. Dentre os domicílios com rendimento mensal de até dois salários mínimos, 54% estavam cadastrados, enquanto nos domicílios com rendimento superior a cinco salários mínimos 16% o estavam (IBGE, 2010a).

Para conhecer a cobertura atual da Estratégia Saúde da Família, consulte o *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.

Gráfico 1 – Evolução do número de equipes de Saúde da Família. Brasil – 1994-2011

(x 1.000)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	abr/11
Meta	0,3	0,7	0,8	1,6	4,0	5,0	10,5	17,0	20,0	21,0	23,0	25,0	26,0	29,0	29,0	31,0	33,0	33,0
Realizado	0,3	0,7	0,8	1,6	3,1	4,3	8,6	13,2	16,7	19,1	21,2	24,6	26,7	27,3	29,3	30,3	31,6	31,9

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.

Um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade *vis-à-vis* às imensas disparidades inter e intrarregionais e às enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira.

A implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, sua implementação foi lenta nos grandes centros urbanos, pois deparou-se com questões de maior complexidade, relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (Escorel *et al.*, 2007).

Para refletir

Você conhece uma unidade de Saúde da Família? De acordo com sua experiência, essa unidade atua de fato como serviço de primeiro contato de procura regular e garante a continuidade dos cuidados, quando há necessidade de referência para serviços especializados?

A partir de 2003, a ampliação da Estratégia Saúde da Família passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), estratégia negociada pelo Ministério da Saúde, para vigência de sete anos com financiamento internacional, visando à organização e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes).

Pesquisas realizadas na época observaram a tendência de que o PSF se apresentava como um programa focalizado nas populações mais carentes nos municípios de maior porte, com maior rede e complexidade de serviços instalados, mantendo-se paralelamente o modelo de atenção básica tradicional, organizado para atender à demanda espontânea ou a programas assistenciais específicos. Em outros exemplos de municípios com mais de cem mil habitantes em que o PSF alcançava maior cobertura populacional, sua implementação levara a mudanças expressivas na organização do sistema municipal de saúde e no modelo de atenção (Escorel *et al.*, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica

Em 2006, o Ministério da Saúde, levando em consideração essas evidências, editou a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria ministerial n. 648/GM, de 28 de março, mediante a qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Com isso, reviu as funções das unidades básicas de saúde (UBS), considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem equipes de Saúde da Família –, assim como propôs uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica. Essa regulação atende às diretrizes ministeriais no sentido de oferecer formação profissional adequada à complexidade do trabalho em APS, inclusive pela introdução do curso técnico de agente comunitário de saúde nas escolas técnicas do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Reforça a necessidade de que a expansão desse modelo garanta a sua integração à rede de serviços de saúde municipal no sentido de organizar o sistema local de saúde, detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, saúde bucal e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A atenção básica é designada, então, como

> um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (Brasil, 2006: 10)

A Política Nacional de Atenção Básica se alinha ao processo de renovação de APS nas Américas, tal como preconizado pela Opas (Opas/OMS, 2005), como se pode observar no Quadro 6.

Quadro 6 – Fundamentos da atenção básica brasileira na Política Nacional de Atenção Básica de 2006

- Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.
- Efetivação da integralidade em suas várias dimensões, articulando ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e coordenando o cuidado na rede de serviços.
- Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade.
- Valorização dos profissionais de saúde por meio de formação e capacitação.
- Realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados.
- Estímulo à participação popular e controle social.

Fonte: Brasil, 2006.

No entanto, as ações estratégicas definidas para operacionalização da atenção básica correspondem a um conjunto limitado de ações para o controle de determinados agravos e dirigidas a grupos prioritários, em contradição com os fundamentos da atenção básica de responsabilização pela saúde de toda a população de determinado território (Vale & Silva, 2011).

Para ampliar a resolutividade das equipes de Saúde da Família, desde 2008 o Ministério da Saúde incentiva financeiramente a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). O Nasf deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

O Nasf compõe-se de oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Foram estabelecidas duas modalidades de Nasf:

- Nasf 1 – vinculado a oito a vinte equipes Saúde da Família – composto no mínimo por cinco profissionais das seguintes profissões de nível superior: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra.
- Nasf 2 – vinculado a no mínimo três EqSF – composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as seguintes: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

A organização do processo de trabalho do Nasf tem por fundamento o apoio matricial, atuando em parceria com os profissionais das EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF no qual o Nasf está cadastrado. Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que

se pretende com a Saúde da Família. O apoio às EqSF inclui: 1) atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas; 2) intervenções específicas dos profissionais do Nasf com usuários e famílias encaminhados pela EqSF; 3) ações comuns nos territórios desenvolvidas de forma articulada com as EqSF, outros setores governamentais e organizações.

Apoio matricial em atenção básica

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde das pessoas. É um dispositivo importante para ampliação da clínica. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de atenção básica.

Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os integrantes da equipe responsável pela atenção e os especialistas (médicos e outras profissões) que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes clínicas devem prever critérios para acionar o apoio dos especialistas e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de atenção básica quanto dos apoiadores matriciais. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos de referência e contrarreferência e de centrais de regulação, que respondem a uma estrutura hierarquizada do sistema.

Na abordagem em apoio matricial, concebe-se que a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos – os especialistas e a Equipe de Saúde da Família – pode ocorrer de maneira horizontal, dialógica, não hierárquica. O apoiador matricial é um especialista que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde pela Equipe de Saúde da Família.

O apoio matricial se realiza principalmente por meio de contato direto entre equipe de atenção básica e apoiadores em encontros periódicos e regulares para discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe, para elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos.

A articulação entre equipes e apoiadores pode se desenvolver em três planos: 1) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe; 2) em situações que exijam atenção específica do especialista apoiador, em que este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos, mantendo contato com a equipe; 3) troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, com diálogo sobre alterações na avaliação do caso e reorientação de condutas, permanecendo o caso sob cuidado da EqSF.

Essa dinâmica presta-se tanto para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos do sistema quanto para facilitar a comunicação e a integração de equipes de Saúde da Família e especialistas, ou entre distintas especialidades e profissões de saúde que trabalhem em qualquer unidade de saúde. Em Campinas, por exemplo, foram criados apoios para a Saúde da Família em áreas clínicas como saúde mental, nutrição e reabilitação física, e organizados Núcleos de Saúde Coletiva para apoio matricial em saúde pública (vigilância, promoção, projetos de intervenção comunitários ou intersetoriais).

Fonte: Campos & Domiti, 2007.

Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu um componente de qualidade no PAB variável relacionado ao desempenho das equipes. O desempenho das equipes de atenção básica é avaliado com base em um conjunto de critérios em processo de certificação que inclui uma autoavaliação e uma avaliação externa.

No PMAQ-AB, reitera-se a concepção abrangente da atenção básica brasileira:

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de

> desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2012: 13)

A atenção básica deve ser o centro ordenador da rede de atenção à saúde, com os fluxos organizados com base nas necessidades identificadas nos serviços de atenção básica No PMAQ-AB são afirmados como princípios e diretrizes da atenção básica (Brasil, 2012):

I – Territorialização e responsabilização sanitária;

II – Adscrição dos usuários e vínculo;

III – Acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial;

IV – Cuidado longitudinal;

V – Ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS): a atenção básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir papel-chave na ordenação da RAS. Deve ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e resolutividade. A maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico deve ser elaborada e implantada com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica;

VI – Gestão do cuidado integral em rede;

VII – Trabalho em equipe multiprofissional.

Estrutura da oferta e produção de serviços de atenção primária

A Política Nacional de Atenção Básica se implementa por meio de um conjunto de unidades de saúde que prestam serviços assistenciais. Nesta seção, são descritos a estrutura dessa oferta, a organização da rede assistencial ambulatorial e os serviços produzidos no Brasil.

No SUS, a garantia de atenção básica em saúde, denominação da atenção primária no país, é de responsabilidade da administração municipal.

A estrutura da oferta do setor ambulatorial brasileiro é heterogênea, composta por serviços públicos e privados de diversos tipos. No SUS, são ofertados serviços ambulatoriais de primeiro nível, por postos e centros de saúde, genericamente denominados de unidades básicas de saúde (UBS) ou de unidades de Saúde da Família (USF), quando a Estratégia Saúde da Família está implantada; e em unidades de pronto atendimento (UPA). A oferta do setor privado é composta por consultórios privados de médicos profissionais autônomos e por clínicas privadas com médicos empregados assalariados ou remunerados por produção. No setor privado, o acesso ocorre mediante desembolso direto ou por planos de saúde, uma vez que a maioria das clínicas privadas estabelece contratos com planos de saúde sem definição de porta de entrada.

Ainda que não haja definição oficial, denomina-se posto de saúde a unidade de menor complexidade com atendimento por apenas um médico ou, na sua origem, como definido no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), na década de 1970, apenas com atuação de pessoal auxiliar.

Centros de saúde são tradicionalmente unidades que prestam atendimento nas especialidades básicas e nos programas de saúde pública, oferecendo serviços de acompanhamento

infantil, imunização, atenção pré-natal, controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, acompanhamento de hipertensão e diabetes. Realizam ainda atividades de vigilância epidemiológica, com notificação e investigação de casos. A partir da implantação de equipes de Saúde da Família, alguns postos e centros de saúde foram transformados em unidades de Saúde da Família, com a reorganização interna dos serviços.

Em 2011, o SUS contava com 42.081 unidades básicas de saúde (postos, centros de saúde e unidades de Saúde da Família); destas, 27% correspondiam a postos de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (disponível em: <www.datasus.gov.br>).

O acesso à atenção nas unidades básicas de saúde, assim como em todos os serviços do SUS, é universal e gratuito, não existindo copagamento.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realiza, de modo não rotineiro, um censo geral de estabelecimentos de saúde que proporciona um panorama nacional da estrutura da oferta de serviços de saúde no país, pois coleta informações de todos os tipos de unidades de saúde, exceto dos consultórios individuais privados. Os dados dessa pesquisa permitem acompanhar a evolução da oferta de serviços ao longo do tempo. Desde a segunda metade da década de 1980, com as novas responsabilidades dos municípios na atenção à saúde, observou-se importante e progressiva expansão da oferta de unidades básicas de saúde no país. A Tabela 1 mostra a evolução dos estabelecimentos ambulatoriais públicos no país, entre os quais estão contabilizadas as unidades básicas de saúde. Em 1980, existiam nove mil estabelecimentos ambulatoriais públicos no país; em 1988, vinte mil; em 2005, 41 mil; e em 2009, 47 mil: um incremento de cinco vezes. Coerente com o processo de descentralização, essas unidades são na quase totalidade (96%) de propriedade dos governos municipais (IBGE, 2009). Além da implantação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios, no processo de descentralização, as unidades ambulatoriais pertencentes aos estados, à Previdência Social e ao governo federal foram transferidas para os municípios, que passaram a gerenciá-las.

Como se pode observar na Tabela 1, a maioria dos estabelecimentos ambulatoriais existentes no país, cerca de 70%, é de natureza pública.

Tabela 1 – Evolução dos estabelecimentos de saúde sem internação.* Brasil – 1992, 2002, 2005, 2009

Ano	Público	Privado	Total
1992	24.960	8.963	33.923
2002	35.086	11.342	46.428
2005	41.260	14.068	55.328
2009	47.414	20.487	67.901

* Excluídos os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia.
Fonte: IBGE, 2010b.

Cerca de dois terços dessas unidades ambulatoriais públicas (72%) prestam somente atendimento geral em especialidades básicas, ao passo que 27% oferecem outras especialidades e 6% são serviços especializados. A realidade do país é bastante diversa, e, nas regiões Norte e Centro-Oeste, 20% das unidades não têm atendimento médico correspondendo a minipostos de saúde, enquanto na região Sul essa proporção é de 10% (IBGE, 2010b).

A maior parte das unidades ambulatoriais públicas no país corresponde a serviços de atenção primária. Contudo, os dados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (Tabela 1) não permitem a separação precisa entre serviços de primeiro nível e atenção secundária, pois parte dos estabelecimentos com especialidades corresponde a serviços primários. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é possível identificar que, em 2011, 60% dos estabelecimentos de atenção básica no país são unidades de Saúde da Família, e que em 85% dessas USF atua apenas uma equipe de Saúde da Família.

Os estabelecimentos ambulatoriais em geral são unidades pequenas (46% com área construída de até cem metros quadrados ou 65% menor do que 150 metros quadrados), e pouco equipadas. Um estudo amostral das USF realizado em 2008 mostrou que apenas 25% das USF contemplavam padrões mínimos de estrutura física. Por exemplo, apenas 16% dispunham de sala específica para armazenamento de medicamentos (UFMG/Brasil, 2009).

Nos últimos anos, observa-se, contudo, ampliação dos serviços oferecidos. Assim, enquanto em 2002 apenas um quinto das unidades ambulatoriais realizava ou coletava material para exames, em 2009 essa proporção entre os estabelecimentos do SUS subiu para 53%, o que sugere redução da dificuldade de acesso, da necessidade de deslocamento do paciente a um serviço específico sempre que lhe for solicitado exame para complementar diagnóstico (IBGE, 2002, 2010b).

A maior parte das unidades ambulatoriais do SUS corresponde a postos e centros de saúde, que realizam também ações de saúde pública. Dois terços das unidades ambulatoriais SUS realizam imunização (70%) (IBGE, 2010b). Contudo, apenas 20% fazem investigações epidemiológicas, uma das funções de controle de doenças tradicionalmente de responsabilidade dos centros de saúde – o que sugere insuficiente responsabilização de tais estabelecimentos por ações de saúde pública imprescindíveis. A dispensação de medicamentos é feita em apenas um quarto das unidades ambulatoriais do SUS (IBGE, 2002).

Serviços de primeiro contato

Até 2010, o SUS não havia definido uma unidade de saúde como porta de entrada obrigatória; contudo, pretende-se que os serviços de atenção básica sejam a porta de entrada preferencial. Como não havia definição clara, os serviços de primeiro contato podem ser tanto postos e centros de saúde quanto serviços especializados prestados em ambulatórios de hospitais e policlínicas. A procura por serviços de emergência para primeiro contato é também frequente, e nos últimos anos têm sido implantadas UPAs que competem na porta de entrada com as unidades básicas de saúde.

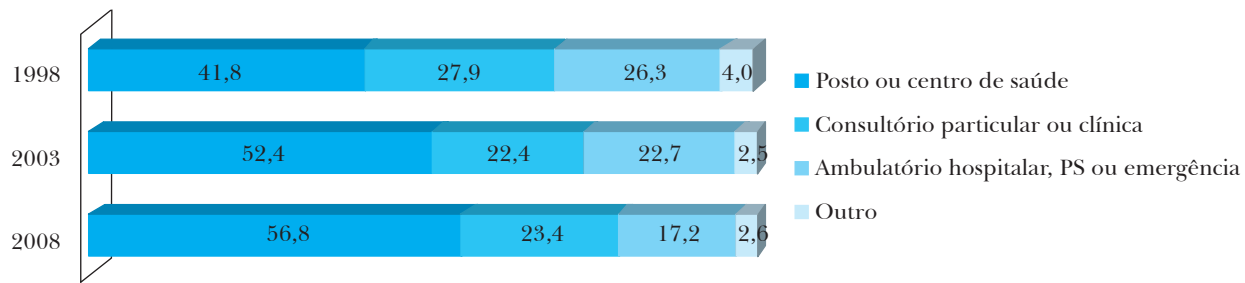
Finalmente, em 2011, o decreto presidencial n. 7.508 (Brasil, 2011), ao regulamentar a lei n. 8.080/90, estabeleceu como portas de entrada das redes de atenção à saúde no SUS, além dos serviços de atenção primária, as unidades de atenção a urgências e emergências, os centros de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. A partir desse decreto, o acesso à atenção especializada deve ser referenciado pelos serviços estabelecidos como portas de entrada.

No SUS, em geral, não há liberdade de escolha do médico pelo paciente. Nos territórios cobertos por equipes de Saúde da Família, a adscrição é automática por local de moradia, e cada equipe de Saúde da Família cadastra as famílias de uma determinada área e se res-

ponsabiliza pela sua atenção. Para pacientes segurados privadamente, a escolha é possível, porém, na maior parte dos casos, restrita a um plantel de profissionais credenciados pelo plano de saúde.

A maior parte dos brasileiros (74%) dispõe de um serviço de procura regular que busca, a cada nova necessidade de atenção, segundo a Pnad Saúde com enfoque no acesso e na utilização de serviços de saúde, realizada pelo IBGE em 2008. Ter um serviço de saúde ao qual normalmente se recorre é um indicador de acesso e da disponibilidade de serviços. O percentual desse segmento da população aumentou entre 1998 e 2003, sinalizando melhoria de acesso aos serviços de saúde para a população brasileira após a definição do Piso de Atenção Básica em 1998. Em 1998, 71% da população brasileira faziam uso regular de algum tipo de serviço de saúde, percentual que aumentou para 79% em 2003 e reduziu-se para 74% em 2008 (IBGE, 1998, 2003, 2010a). Os três tipos de serviços mais procurados são: postos ou centros de saúde, consultórios particulares e ambulatórios de hospitais (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Tipo de serviço referido como local regularmente procurado quando as pessoas necessitam de atendimento à saúde. Brasil – 1998, 2003, 2008

	Posto ou centro de saúde	Consultório particular ou clínica	Ambulatório hospitalar, PS ou emergência	Outro
1998	41,8	27,9	26,3	4,0
2003	52,4	22,4	22,7	2,5
2008	56,8	23,4	17,2	2,6

Fonte: Extraído de Indicadores e Dados Básicos (Brasil, 2010).

A disponibilidade de um serviço de procura regular não apresenta variação significativa relacionada à renda das famílias. Todavia, o tipo de serviço procurado varia com a renda. O posto ou centro de saúde é a modalidade mais procurada, constituindo serviço de procura regular para 57% da população, com maior proporção entre as pessoas nas menores faixas de renda (77%). Consultórios médicos particulares são serviços de procura regular de 19% da população, com maior proporção entre o grupo de maior renda (71%). Ambulatórios de hospitais são os serviços de procura regular de 12% da população. Outros 5% referiram pronto-socorro ou emergência como seu serviço de primeiro contato regular (IBGE, 2010a).

A maior oferta de unidades básicas de saúde reflete-se também em seu uso regular mais frequente. A Pnad Saúde mostra melhora do acesso, com maior proporção de pessoas que fazem uso regular de postos e centros de saúde (Gráfico 2) em todas as regiões do país e nos diversos quintis de renda (Tabela 2).

Tabela 2 – Percentual de pessoas que fazem uso regular de postos e centros de saúde públicos por região e quintil de renda. Brasil – 1998, 2003, 2008

Uso de postos e centros de saúde	1998	2003	2008
Região			
Norte	43,1	60,8	60,8
Nordeste	41,6	55,3	62,9
Sudeste	40,2	48,2	51,1
Sul	47,1	57,0	60,4
Centro-Oeste	39,4	52,4	56,5
Quintil de renda			
Q 1 – 20% mais pobres	58,3	70,6	76,7
Q 2	57,2	69,1	72,7
Q 3	49,5	61,7	65,3
Q 4	37,1	46,5	51,7
Q 5 – 20% mais ricos	12,6	16,8	20,9
Total	41,8	52,5	56,8

Fonte: Pnad Saúde, 1998, 2003 e 2008 (Icict, 2011).

A atenção básica como parte da rede de serviços e o sistema de referência

Os serviços de atenção primária, ou de primeiro nível, para cumprir com seus atributos devem estar integrados a uma rede assistencial. A integração da rede de serviços na perspectiva da atenção primária envolve a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de atenção primária como este serviço de procura regular e porta de entrada preferencial do sistema de saúde; a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem os vários serviços necessários para resolver agravos menos frequentes e mais complexos; a definição de mecanismos formalizados de referência e a coordenação das diversas ações pela equipe de atenção primária garantindo o cuidado contínuo. Atualmente, na construção das redes de atenção no SUS, propõe-se a APS como coordenada de uma rede integrada e regionalizada para garantir acesso e qualidade (Opas/OMS, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde, conforme definido pelo decreto presidencial n. 7.508/2011, constitui-se em um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011). Nessa rede, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária. A APS deve coordenar a atenção à saúde na rede, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população por meio de uma equipe multidisciplinar. A partir do decreto presidencial, o acesso aos serviços especializados e hospitalares está condicionado à referência, isto é, ao encaminhamento formal, pela atenção básica, conforme a necessidade.

Para saber mais sobre a organização da rede assistencial regionalizada, consulte o capítulo 27.

A organização dos fluxos de usuários visando à garantia de acesso a serviços e ações especializados de acordo com as necessidades de saúde é responsabilidade do governo municipal.

Nos últimos anos, intensificaram-se os processos de organização da rede assistencial do SUS. Hoje, parte das cidades organiza os serviços do SUS em rede e integra serviços básicos, especializados e hospitalares. Tendo como porta de entrada preferencial as unidades de atenção básica, elas condicionam o acesso a ações especializadas ao encaminhamento pelos médicos da atenção básica/Saúde da Família.

Nessas cidades, foram organizadas centrais de regulação de leitos e de marcação de consultas e procedimentos especializados com a implantação de ferramentas informatizadas (Sistema Nacional de Regulação – Sisreg) que permitem a regulação das referências com definição de prioridades e o monitoramento das filas de espera. O agendamento da consulta especializada é feito *on-line* pela unidade básica de saúde que encaminhou o paciente, reduzindo as barreiras de acesso dos usuários à atenção secundária.

Todavia, a garantia do agendamento nem sempre incorre em maior agilidade no atendimento, a qual está condicionada pela oferta de serviços especializados, observando-se elevados tempos médios de espera para consultas especializadas em diversas cidades (Tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores de integração da Estratégia Saúde da Família à rede assistencial. Brasil, quatro grandes centros urbanos – 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Ferramenta de regulação das consultas especializadas	Sisreg	Sisreg	Sisreg	Sisreg
Monitoramento de filas de espera	Parcial	Local e central	Local e central	Local e central
Percentual de médicos e enfermeiros que relataram existência de uma central de marcação de consultas especializadas	90,2	99,3	89,3	92,9
Percentual de médicos que afirmaram conseguir realizar sempre/na maioria das vezes o agendamento para outros serviços				
Ambulatórios de média complexidade	42,9	80,6	49,2	71,5
Serviço de apoio diagnóstico e terapia	37,5	55,5	44,8	42,9
Maternidade	57,2	86,1	78,0	74,3
Internação	28,5	33,3	25,9	25,7
Percentual de médicos que estimaram ser de três meses e mais o tempo médio de espera do paciente referenciado para consultas especializadas	44,6	61,1	81,8	34,3
Percentual de médicos e enfermeiros que indicam entre os principais problemas para a integração: listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar	81,1	91,8	91,6	89,4
Implantação de prontuários eletrônicos nas USF/USB	Não	Sim	Sim	Não

Fonte: Adaptado de Giovanella *et al.*, 2009.

Como discutido no capítulo 17, observa-se um movimento de maior organização de fluxos com a criação de centrais de marcação de consultas e regulação de fluxos. Em grande

parte dos municípios, contudo, o sistema de referência ainda não está formalizado, o que implica madrugar e enfrentar filas para acessar atendimento especializado em razão da inexistência de agendamento prévio e da oferta insuficiente.

A fragmentação ocorre também na relação com os serviços de pronto atendimento, as chamadas UPAs. Ainda que sejam definidas pelo Ministério da Saúde como estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares, devendo proceder ao acolhimento e classificação de riscos para priorizar os atendimentos de maior urgência (portaria GM/MS n. 1.020, de 13 de maio de 2009), sua articulação com a rede de atenção básica não está estabelecida. Assim, tornam-se modelo competitivo para a Saúde da Família como serviço de procura regular. O modelo assistencial do pronto atendimento das UPAs corresponde ao modelo tradicional da nossa antiga assistência médica previdenciária de 'queixa-consulta', ou melhor, 'sintoma-receita de medicamento sintomático'. Ainda que possa cumprir com o requisito de garantir um atendimento mais oportuno – característica da atenção muito prezada pela população –, o modelo UPA responde apenas a casos agudos ou episódios de agudização de agravos crônicos sem possibilitar seguimento. Não atende a qualquer outro atributo da atenção primária à saúde, como a criação de vínculos e acompanhamento longitudinal, a coordenação da atenção, a integralidade, a territorialidade ou orientação comunitária. São estes os atributos da APS componentes da Estratégia Saúde da Família, mas não presentes nas UPAs, que permitem impactos positivos em saúde e a efetividade da atenção primária no enfrentamento dos agravos crônicos.

A integração dos serviços de atenção básica à rede assistencial e a garantia do acesso à atenção especializada com o estabelecimento de sistema de referência e contrarreferência são fatores decisivos para o exercício pelas equipes de atenção primária da coordenação dos cuidados. A recente constituição de redes assistenciais regionalizadas poderá contribuir para facilitar o acesso à atenção especializada. Para saber mais sobre a regionalização em saúde, consulte o capítulo 27.

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Parte dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) corresponde a serviços de APS e é ofertada pelo SUS em serviços próprios ou por meio de contratos com prestadores privados. É no setor de diagnose e terapia que a característica da estrutura de oferta de serviços de saúde no país, com predominância da participação de prestadores privados, é mais evidente. A participação de serviços do SUS no conjunto de estabelecimentos de diagnose e terapia é a mais baixa de todos os setores.

No país, os serviços de laboratório e de apoio à diagnose e terapia, em sua grande maioria, pertencem ao setor privado: somente 9% dos estabelecimentos SADT exclusivos são públicos e, do total desses estabelecimentos no país, apenas 35% fazem parte da rede SUS (IBGE, 2010b). Ainda que a oferta de estabelecimentos públicos de diagnose e terapia tenha aumentado em 60% entre 2005 e 2009, um número significativo de estabelecimentos existentes é de acesso restrito a filiados de planos e seguros de saúde ou a grupos populacionais de estratos de renda superior, que podem pagar diretamente. Desse modo, o setor de serviços de diagnose é onde se encontram as maiores dificuldades de acesso aos usuários do SUS.

As dificuldades de acesso às ações e aos serviços de média complexidade, entre os quais se situa parte dos procedimentos em diagnose e terapia, são detalhadas no capítulo 17, sobre atenção especializada. Confira.

Recursos humanos

A pesquisa Assistência Médico-Sanitária informa igualmente os tipos de profissionais da saúde que trabalham nas unidades ambulatoriais. Entre os profissionais de nível superior, a referência maior é o médico, mais precisamente o clínico geral, seguido pelo dentista e pelo enfermeiro. O quantitativo médio desses profissionais por unidade, entretanto, é baixo, sendo próximo a um. Trabalham também nessas unidades: pediatras (0,55/unidade de saúde) e gineco-obstetras (0,41/unidade de saúde). Somando os profissionais médicos das clínicas básicas, a média é de 2,67 vínculos desses profissionais por unidade de saúde sem internação com atendimento ambulatorial do SUS (IBGE, 2002).

Nas unidades de saúde, a atuação de profissionais de nível superior de outras áreas sociais é pouco frequente. Apenas pequena parte das unidades básicas de saúde emprega outros profissionais, como os assistentes sociais, com a média de 0,16 assistente social/unidade de saúde, registrando-se maior presença na região Sudeste e quase ausência na Nordeste (IBGE, 2002).

No Brasil, a disponibilidade de profissionais da saúde atuantes em qualquer serviço de saúde – vinculados ao SUS ou à saúde suplementar – apresenta muitas desigualdades regionais, variando de 2,4 médicos por mil habitantes, na região Sudeste, a 0,9 médico/habitante, na região Norte, a mais desfavorecida (Tabela 4). Observa-se, todavia, leve tendência à redução dessas desigualdades regionais com incremento nas regiões desfavorecidas. Em 2002, a relação de médicos por mil habitantes na região Norte era de 0,6, e na região Sudeste, de 2,1.

A oferta de profissionais da saúde e de postos de trabalho é discutida em detalhes no capítulo 9, que apresenta dados atualizados do emprego em saúde no Brasil, com base em resultados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2009 do IBGE. Consulte.

Não há dados específicos disponíveis sobre o pessoal empregado em serviços de atenção primária, por isso são apresentados alguns dados gerais sobre disponibilidade de profissionais. O profissional de saúde de maior oferta no país é o médico, seguido por odontólogo. A oferta de enfermeiros é bem inferior à de médicos, na proporção de dois médicos para cada enfermeiro em atividade no país. Em 2005, encontravam-se em atividade no país apenas 0,64 enfermeiro/mil habitantes, relação ampliada para 0,94 em 2008. Nos últimos anos, o importante Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) permitiu ampliação da disponibilidade de técnicos de enfermagem no país, os quais hoje superam a relação médico/habitante (Tabela 4).

Na década de 1990, observou-se mudança no comportamento do mercado de trabalho em saúde, com alteração na composição da equipe, em razão da inserção de novos tipos de profissionais e maior qualificação. Esse processo é também analisado no capítulo 9.

Tabela 4 – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo a região. Brasil – 2005, 2008

Região	Médico		Odontólogo		Enfermeiro		Técnico de enfermagem	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Norte	0,82	0,92	0,48	0,58	0,48	0,90	0,83	6,96
Nordeste	0,99	1,06	0,53	0,59	053	0,67	0,42	2,77
Sudeste	2,28	2,43	1,59	1,65	0,72	1,00	0,95	1,39
Sul	1,73	1,89	1,19	1,31	0,73	1,01	1,14	0,83
Centro-Oeste	1,68	1,83	1,29	1,37	0,65	1,56	1,44	5,86
Total	1,68	1,80	1,13	1,20	0,64	0,94	0,86	2,46

Fonte: Indicadores Básicos de Saúde (IDB). Disponível em: <www.datasus.gov.br.>.

Em comparação internacional, a relação número total de médicos em atividade (disponíveis para o SUS e serviços exclusivamente privados) por habitante no Brasil é baixa. Em 2008, atuava no país 1,8 médico por mil habitantes (Tabela 4), enquanto em países europeus essa relação é muito superior (Tabela 5).

Não existe norma global quanto ao número ideal de médicos, pois a necessidade desse profissional está condicionada à forma de organização do sistema de serviços de saúde e da participação e distribuição de tarefas com outros profissionais na equipe. Ainda assim, a comparação internacional permite mostrar que a oferta de médicos é insuficiente em diversas regiões do país.

A Tabela 5 possibilita a comparação internacional: apresenta dados de países selecionados da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), integrada pelos países de maior renda *per capita* mundial. Na maior parte dos trinta países que compõem a OECD, o número de médicos ativos por mil habitantes (atuantes no setor ambulatorial ou hospitalar) está em torno de três – variando, em 2010, de 4,8, na Áustria, a dois profissionais por mil habitantes, no México.

Tabela 5 – Médicos ativos por mil habitantes e consultas médicas por habitante por ano. Países selecionados – 2009, 2010

Países	Médicos por mil hab.	Consultas por mil hab.
	2010	2009
Alemanha	3,6	7,7
Áustria	4,8	6,9
Canadá	2,4	5,5
Espanha	3,8	7,5
EUA	2,4	3,9
França	3,3	6,9
México	2,0	2,9
Portugal	3,9	4,1
Reino Unido	2,7	5,9
Suécia	3,7	2,9

Fonte: OECD, 2012.

Utilização

A participação do SUS na prestação ambulatorial é importante. Realiza mais de 500 milhões de consultas médicas por ano, e estima-se que financia entre 73% e 61% das consultas médicas contabilizadas no país (IBGE, 2010a). A cobertura da população brasileira com consultas médicas do SUS é de 2,57 consultas por habitante/ano, básicas ou especializadas.

Não estão disponíveis dados separados para consultas de atenção primária e especializadas, e, assim como para a disponibilidade de profissionais, não é possível definir uma norma internacional de número adequado de consultas por habitante/ano, uma vez que se observam diferenças demográficas, epidemiológicas e de organização dos serviços entre países. Todavia, a comparação internacional parece indicar uma baixa cobertura de consultas médicas por habitante/ano no Brasil, tanto de atenção primária quanto de especializada.

Em comparação internacional, segundo dados da OECD, em 2009 os números médios de consultas médicas por habitante eram: Espanha, 7,5; Alemanha, 7,7; Canadá, 5,5; Reino Unido, 5,9; EUA, 3,9; Portugal, 4,1; Suécia, 2,9; e México, 2,9 (Tabela 5). Apenas a média deste último país aproxima-se da média no Brasil (Tabela 6).

No Brasil, existem acentuadas desigualdades regionais de cobertura por consultas médicas do SUS, com diferenças de cerca de 30% em 2008. A população da região Norte é a mais desfavorecida, recebendo 2,2 consultas ao ano, ao passo que a região Sudeste é a de melhor cobertura, com 2,9 consultas por habitante ao ano (2008).

Embora a cobertura da população brasileira com consultas médicas do SUS ainda possa ser considerada baixa e permaneçam fortes disparidades regionais na utilização de serviços de saúde do SUS, na última década observa-se tendência de leve aumento de cobertura e redução das desigualdades regionais. A razão do número de consultas por habitante entre a região Sudeste (maior uso) e Norte (menor uso) diminuiu de 1,90 em 1996 para 1,32 em 2008 (Tabela 6).

Tabela 6 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante ao ano segundo a região. Brasil – 1996, 2003, 2005, 2008

Região	1996	2003	2005	2008
Norte	1,36	1,86	1,96	2,19
Nordeste	2,01	2,33	2,20	2,36
Sudeste	2,58	2,86	2,88	2,88
Sul	1,97	2,36	2,33	2,41
Centro-Oeste	2,12	2,41	2,42	2,62
Total	2,21	2,53	2,50	2,59

Fonte: Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB). Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

Para refletir

Acesse <www.datasus.gov.br> e consulte Informações em Saúde, Indicadores e Dados Básicos. Atualize os dados da tabela e analise a evolução da cobertura de consultas médicas por habitante nas regiões brasileiras. A tendência à redução das disparidades permanece? Quais são os principais determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde? Compare com o capítulo 6.

Os resultados da Pnad Saúde mostram também as desigualdades sociais na utilização: observa-se correlação positiva entre acesso a consultas médicas e poder aquisitivo. Em 2008, entre as pessoas de menor renda familiar (primeiro quintil), 59% declararam ter consultado médico nos últimos 12 meses. Entre o grupo com rendimento familiar mais elevado (quinto quintil), todavia, esse percentual era de 76%, indicando maior utilização nas camadas de renda mais alta, grupo social com prevalências, em geral, mais baixas de morbidade (Tabela 7).

Às desigualdades sociais somam-se desigualdades regionais indicando acesso mais difícil para as populações mais pobres do Norte e do Nordeste (Tabela 7). A Pnad Saúde também evidencia, na última década, tendência de melhora da cobertura por consultas médicas em todas as regiões e estratos de renda e leve atenuação das desigualdades de utilização no país.

A razão entre a proporção de pessoas que consultaram médico no primeiro e no quinto quintis reduziu-se de 1,44 em 1998 para 1,29 em 2008 (IBGE, 2010a).

Tabela 7 – Percentual de pessoas que realizaram consultas médicas nos últimos 12 meses por quintil de renda por região. Brasil – 1998, 2003, 2008

Uso de postos e centros de saúde	1998	2003	2008
Região			
Norte	50,6	60,8	61,0
Nordeste	49,7	57,6	63,9
Sudeste	57,7	66,3	71,3
Sul	56,2	63,5	68,9
Centro-Oeste	55,9	63,0	66,3
Quintil de renda			
Q 1 – 20% mais pobres	45,3	54,8	59,4
Q 2	50,8	58,6	64,3
Q 3	54,6	62,4	67,7
Q 4	57,5	65,0	70,2
Q 5 – 20% mais ricos	65,4	73,5	76,4
Total	54,7	62,8	67,7

Fonte: Icict, 2011.

Desafios para a atenção primária à saúde

Em síntese, uma análise das abordagens de atenção primária à saúde nas políticas formuladas e implementadas a partir do SUS no Brasil permite identificar a presença simultânea das diversas concepções de APS, em disputa com períodos de predomínio de uma ou outra concepção, e o uso de diferentes termos para qualificá-la.

No período anterior à criação do SUS, a atenção primária à saúde abrangente – com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país – representou a alternativa de mudança do modelo assistencial e foi referência para experiências desenvolvidas em universidades e naqueles municípios com governos de tendência social-democrata, de oposição à ditadura militar, engajados no movimento da Reforma Sanitária brasileira.

A abordagem de Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde, voltados a atender às necessidades da população local no final da década de 1970 e no início da de 1980. Posteriormente, no processo de implementação do SUS e do desenvolvimento de mecanismos financeiros e operacionais para que os municípios se responsabilizassem pela atenção à saúde, de modo a concretizar os princípios constitucionais de universalidade do direito à saúde, o termo atenção básica passou a ser empregado como referência aos serviços municipais ambulatoriais de primeiro nível (Gil, 2006).

A preferência pelo termo ‘atenção básica’ no Brasil durante a implementação do SUS, como mencionado no início deste capítulo, pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional

(FMI) e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Assim, gradativamente, o termo APS foi substituído por 'atenção básica à saúde'.

Ao mesmo tempo, uma abordagem de APS muito seletiva esteve presente no Pacs, desenvolvido com pessoal leigo – cujas funções eram restritas e dirigidas à população em extrema pobreza – e supervisionado por profissional enfermeiro, responsável por conduzir a organização do processo de trabalho. Essa abordagem esteve presente também no Programa Saúde da Família, em sua concepção e implementação inicial como programa paralelo, focalizado em população de menor renda e unidades sem articulação à rede assistencial, com funções delimitadas a alguns agravos prioritários. Desse modo, pode-se afirmar que no PSF observou-se a superposição de abordagens, passando-se de um enfoque seletivo restrito a uma estratégia abrangente de mudança do modelo assistencial.

No final da primeira década do século XXI, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente. Atenção básica passa a ser entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Tem como função ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a integralidade da atenção e proporcionando a longitudinalidade da atenção e a coordenação dos cuidados – atributos essenciais da APS. A Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da atenção básica e do sistema local de saúde; assim, o modelo brasileiro de atenção básica incorpora os outros elementos da atenção primária à saúde abrangente, de centralidade na família e direcionamento para a comunidade.

Todavia, entre a intenção e o gesto, entre a letra da lei ou portaria e a implementação real da política, sempre ocorrem defasagem e diferenciação. Em virtude disso, observa-se diversidade de modelos implementados nas diferentes experiências de APS no país. A tensão entre concepções de APS e a competição entre modelos assistenciais de APS persiste, e os termos atenção básica e atenção primária à saúde permanecem sendo utilizados com diferentes interpretações, ora como sinônimos, ora como termos que se contrapõem (Gil, 2006). Há ainda um longo caminho a se percorrer até a hegemonia de novo modelo assistencial.

Ao ser assumido como estratégia, a Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências municipais sugerem essa potencialidade. Contudo, o sucesso da implementação da ESF para a grande maioria da população brasileira, afora os incentivos financeiros federais, dependerá da política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais da saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde, de forma a dar mais densidade à sua atuação cada vez mais complexa; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país.

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS brasileiro. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a Estratégia Saúde da Família, seja no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais para atuarem na atenção primária, seja quanto aos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja ainda pela adesão desses profissionais ao modelo assistencial da Saúde Família.

Estudos sobre o tema da gestão de trabalho na Estratégia Saúde da Família evidenciam esforços para regularização dos vínculos trabalhistas por meio da realização de concursos públicos, de investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, de aumento do tempo de permanência dos profissionais nas equipes, da adoção de mecanismos de remuneração mais adequados por categoria e de complementações via recompensas específicas para atuação em áreas de risco (Mendonça *et al.*, 2010).

A fixação dos profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família é um desafio a ser enfrentado, mesmo que os estudos recentes de avaliação da ESF indiquem um índice de permanência maior em relação ao início da estratégia. A rotatividade dos profissionais, com destaque para os médicos, no entanto, ainda constitui-se num entrave ao desenvolvimento do trabalho e vem sendo atribuída a fatores diversos, tais como: remuneração aquém das expectativas; condições de trabalho; exigência da carga horária integral; baixa oportunidade de progressão profissional; baixo comprometimento dos profissionais; ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Algumas respostas são apresentadas pela gestão e efetivadas localmente: a equiparação do salário dos médicos especialistas em medicina de família e comunidade com os demais especialistas médicos atuantes nos serviços secundários; estabelecimento de incentivos/complementação salarial para os profissionais das USF escalonados segundo critérios de risco e vulnerabilidade das comunidades atendidas; promoção de condições de trabalho adequadas ao desempenho das funções, tais como boa organização, dependências físicas confortáveis e limpas, material apropriado e disponível, segurança física e ambiental.

Na área da saúde, destaca-se a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais com uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida que lhes permita enfrentar a diversidade e a 'adversidade' do processo saúde no mundo atual. No caso específico da Estratégia Saúde da Família, como novo modelo de organização da atenção, o desafio de qualificar tecnicamente o núcleo dos profissionais de forma permanente é maior, na medida em que se trata de alterar as formas tradicionais de educação já consolidadas. O Ministério da Saúde, importante indutor da adoção dessa estratégia, enfrenta esse desafio em sua política de governo com o reconhecimento e a valorização do trabalho humano, por meio de políticas voltadas para esse campo.

Nos países europeus, de modo distinto, há certa tradição na qualificação de profissionais médicos como generalistas e para o exercício da função de porta de entrada preferencial. Nos últimos anos, os países europeus têm buscado fortalecer a sua atenção primária. Eles impulsionaram, a partir da década de 1990, reformas organizacionais que objetivaram melhor coordenação dos cuidados, conferindo maior poder e controle da atenção primária sobre prestadores de outros níveis, definindo-a como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) ou compradora de serviços especializados (Rico, Saltman & Boerma, 2003).

Outras medidas expandiram o leque de serviços ofertados no primeiro nível, alargando o seu papel como prestador, incluindo novas ações curativas, serviços comunitários de saúde mental, cuidados domiciliares (*home care*) ou cuidados paliativos nos serviços de primeiro contato. Nesse sentido, ocorreu ampliação das funções clínicas, assim como das funções gerenciais de coordenação da atenção e financeiras dos profissionais médicos de atenção primária, com a diversificação da organização da atenção nesse nível. O exercício do papel de condutor da assistência pelo generalista requer maior profissionalização do trabalho gerencial do cuidado e qualificação para as novas funções. Nos países europeus, observa-se um processo em transição com a redefinição das funções do generalista como condutor dos cuidados ao paciente. O GP permanece importante ator da atenção primária, contudo o efetivo exercício do papel de coordenação dos cuidados implica superar o desafio de se encontrar um equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais. A responsabilidade por elenco ampliado de funções clínicas aumenta seu poder técnico e credibilidade, bem como a expansão de suas funções gerenciais incrementa seu poder administrativo, mas pode corroer a confiança em sua capacidade técnica por parte de especialistas e pacientes e reduzir a satisfação do GP no que se refere à prática profissional (Rico, Saltman & Boerma, 2003).

Essas questões estão presentes no Brasil de modo bem mais acentuado, pois não há tradição de formação de generalistas nas escolas médicas, além de ser baixo o reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas. Somente em 2002, a medicina de família e comunidade foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, fomentando-se a abertura de cursos de residência. A residência em medicina de família e comunidade, destinada a formar médicos especialistas em atenção primária, com enfoque comunitário, iniciou um novo modelo de residência médica cujo lócus de atuação foge ao modelo tradicional localizado no hospital. Essa estratégia como forma de qualificação e especialização dos profissionais de saúde vem se estendendo para as demais profissões de saúde, em cursos de especialização nos moldes de residência, com o objetivo de qualificar os profissionais para trabalhar na ESF, conforme as necessidades e realidades locais e regionais. Com essa formação, busca-se ampliar a adesão dos profissionais à ESF, tornando sua atuação mais adequada às competências e habilidades necessárias à reorganização da atenção primária à saúde.

Outro desafio crucial para a implementação de uma atenção primária integral no país é o desenvolvimento de ações comunitárias e a mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais e promover a saúde. A ação comunitária das EqSF, em especial as ações de mobilização social dos ACS, com identificação dos principais problemas no território e o chamamento das diversas organizações e serviços sociais para a ação conjunta no território, buscando a articulação de todos os setores de políticas públicas, é crucial para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde. Sua efetivação é fortalecida por uma atuação do Executivo municipal que toma como eixo o enfrentamento articulado dos problemas sociais nos territórios.

No Brasil, a essas questões operacionais para efetivação de uma atenção primária abrangente somam-se os desafios de se contrapor às persistentes pressões das agências multilaterais, década após década, para a implantação de uma atenção primária focalizada e seletiva. A reorganização do SUS orientada por uma atenção primária à saúde abrangente,

condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços e com orientação comunitária no enfrentamento de determinantes sociais, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país.

Leituras recomendadas

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>.

SALTMAN, R.; RICO, A. & BOERMA, W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006. Disponível em: <www.observatory.dk>. Versão em português publicada em 2010 com o título: *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atenc_prim_cond_redes_aten_a_saude_2010.pdf>.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca*. The World Health Report. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. Acesso em: 24 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília: Opas, 2011. (Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 2)

Sites de interesse

Datasus – traz informações sobre serviços de saúde e situação de saúde da população brasileira: www.datasus.gov.br. Para acessar informações sobre a Saúde da Família, siga o caminho: informações em saúde/assistência à saúde/atenção básica – Saúde da Família.

Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/dab

Matriz de indicadores de acesso, cobertura, serviços de procura regular por segmentos populacionais e regiões: www.proadess.cict.fiocruz.br

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Movimiento para la Salud de los Pueblos: www.phmovement.org/es

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde – The European Observatory on Health Care Systems – sistematiza informações sobre sistemas de saúde de muitos países: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory

Opas representação Brasil – Redes e APS: http://new.paho.org/bra/apsredes

Organização Europeia de Médicos de Família: www.woncaeurope.org

Rede de Pesquisa em APS: www.rededepesquisaaps.org.br

Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido: www.nhs.uk

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: www.sbmfc.org.br

Referências

ALMEIDA, C. & MACINKO, J. *Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida de Características Organizacionais e de Desempenho dos Serviços de Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no Nível Local*. Brasília: Opas, 2006 (Opas Série Técnica 10: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. & BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

BOERMA, W. G. W. & DUBOIS, C. A. Mapping primary care across Europe. *In*: SALTMAN, R. B.; RICO, A. & BOERMA, W. G. W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série Pactos pela Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *IDB-2010 Brasil: indicadores e dados básicos para a saúde*. Brasília: MS/SGP/DIS/Ripsa, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/folder.htm>. Acesso em: 26 nov. 2011.

BRASIL. Casa Civil. Decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei n. 8.080/90. *Diário Oficial*, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Brasília: MS/SAS/DAB, 2012.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4): 477-483, 2005.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2): 399-407, 2007.

CANADA. Ministry of Supply and Services Canada. *New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report) (1973-1974)*. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1981.

CONILL, E. M. & FAUSTO, M. C. R. *Análisis de la Integración de la Atención Primaria en Salud en la Red de Servicios en Europa y América Latina*. Madrid, Rio de Janeiro: Eurosocial Salud, Ensp/Fiocruz, 2007.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. & GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(supl. 1): s14-s27, 2010.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 94(11): 1.864 -1.874, 2004.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

DONNANGELO, M. C. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 633-641, 2006.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S. *et al.* (Org.) *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

ESCOREL, S. *et al*. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 21(2/3): 164-176, 2007.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Health Care Systems in Transition: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland HiT/England*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, 2011. Disponível em: <www.euro.who.int/observatory>, HiT Country Profiles. Acesso em: 26 nov. 2011.

FACCHINI, L. A. *et al*. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 696-681, 2006.

FAUSTO, M. C. R. *et al*. The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. *Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4): 339-353, 2011.

FLEURY, S. M. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

GIL, C. R. L. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6): 1.171-1.181, 2006.

GIOVANELLA, L. *Solidariedade ou Competição: políticas e sistema de saúde na Alemanha*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 951-964, 2006.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 783-794, 2009.

HEIMANN, L. S. & MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In*: PANDOLFI, D. (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad: Suplemento Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11680>. Acesso em: 22 ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2003: suplemento acesso e utilização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, MPOG, MS, Fiocruz, 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em 22 ago. 2011.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA (ICICT). Fundação Oswaldo Cruz. *Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess): matriz de indicadores*. Disponível em: <www.proadess.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 26 nov. 2011.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. & SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3): 831-865, 2003.

MACINKO, J. *et al.* The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care: sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*, 23 fev. 2011.

MCKEOWN, T. *The Role of Medicine: dreams, mirage or nemesis*. Londres: The Nuffiel Provincial Hospital Trust, 1976.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do ACS no contexto da Reforma Sanitária. *Trabalho. Educação e Saúde*, 2(2): 353-365, 2004.

MENDONÇA, M. H. M. *et al*. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5): 2.355-2.366, 2010.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, 11: 1-8, June 2011.

MENDONÇA, M. H. M. *Reorientação do Sistema de Saúde no Contexto de Mudança Social*, 1992. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F. *Imprevidência Social: 60 anos de história da previdência social*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *OECD Health Data 2012*. OECD: Paris, 2012. Disponível em: <www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>. Acesso em: 24 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS*. Brasília: Opas, OMS, 2011. (Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas baseadas na APS, 2)

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT (PHM). *Carta dos Povos pela Saúde*. Bangladesh, 2000. Disponível em: <www.phmovement.org/es>. Acesso em: ago. 2011.

RICO, A.; SALTMAN, R. & BOERMA, W. Organizational restructuring in European Health System: the role of primary care. *Social Policy & Administration*, 37(6): 592-608, 2003.

ROEMER, M. I. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview.* Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

SALTMAN, R. Drawing the strands together: primary care in perspective. *In*: SALTMAN, R.; RICO, A. & BOERMA, W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STUCKLER, D. *et al.* The political economy of universal health coverage. Background paper for the Global Symposium on Health System Research. Montreux, Switzerland, 16-19 nov. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica (DAB) *Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas – estudo amostral 2008. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil*. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas (Face)/UFMG, MS/DAB, 2009.

VALE E SILVA, J. Comunicação pessoal do professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), set. 2011.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M. *Reforma de Saúde no Brasil: o Programa de Saúde da Família. Informe final.* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166)

WENDT, C. & THOMPSON, T. Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. *International Journal of Health Services*, 34(3): 415-433, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Sustainable Health Financing, Universal Coverage, Social Health Insurance*. 58th World Health Assembly. WHA 58.33, 25 May 2005. Genebra: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca*. The World Health Report. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. Acesso em: 24 ago. 2012.

17. Atenção Ambulatorial Especializada

Jorge Solla
Arthur Chioro

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços ordenada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população a essa rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde, como discutido no capítulo 16. Os que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

O objetivo deste capítulo é apresentar uma visão panorâmica da situação atual da atenção especializada no SUS. Ele começa delimitando o campo da atenção especializada e descreve os serviços de média e alta complexidades. A seguir analisa a produção de serviços especializados e os principais movimentos existentes para aumentar o acesso da população a esse amplo conjunto de procedimentos. Na parte final, discute os grandes desafios visando a reduzir as desigualdades na oferta e o padrão de iniquidades regionais no SUS.

Pode-se compreender o sistema de saúde com base em distintas lógicas organizacionais. A engenharia organizacional do sistema mais difundida equivale à pirâmide clássica (Figura 1), em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido (Chioro dos Reis & Scaff, 1998).

Outros modelos tecnoassistenciais em saúde, entretanto, permitem concebê-lo como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (Mendes, 2001); como um círculo, com múltiplas e qualificadas portas de entrada que possam privilegiar o acolhimento e a garantia de acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, como propõe Cecílio (1997); ou ainda como linhas de produção de cuidado, estruturadas com base em projetos terapêuticos, conforme disposto na Figura 2 (Franco & Magalhães Júnior, 2003).

Figura 1 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS

Nível terciário: Atenção hospitalar (resolve cerca de 5% dos problemas de saúde)

Nível secundário: Centros de especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) (resolve cerca de 15% dos problemas de saúde)

Atenção básica: Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF) (resolve mais de 80% dos problemas de saúde)

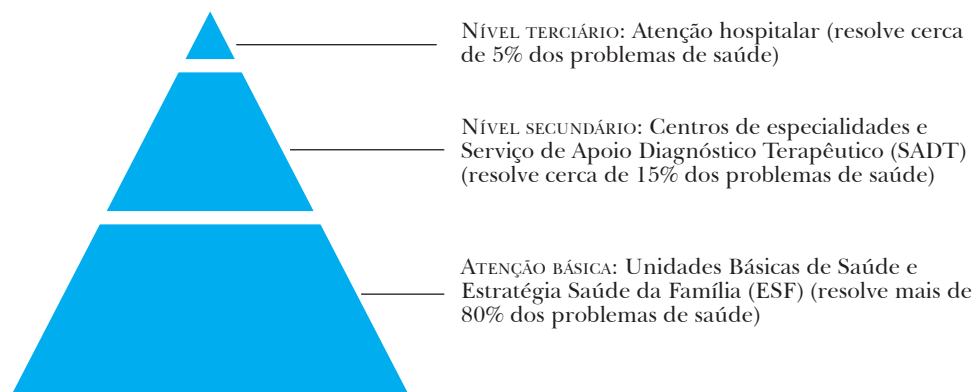



Figura 2 – Linhas de produção do cuidado

Unidades básicas, ESF e todo o cardápio de serviços

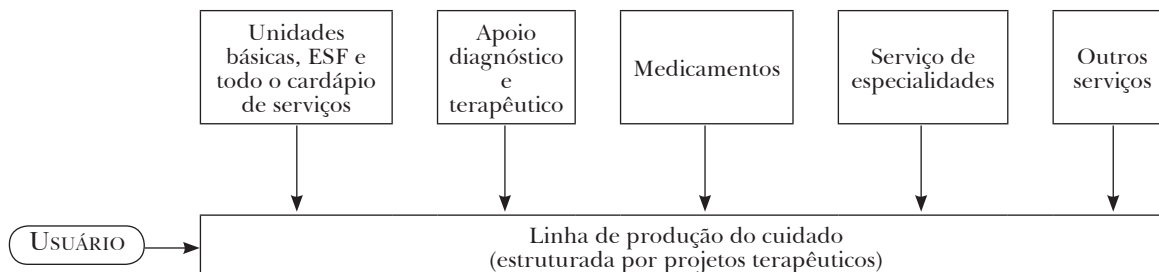
Apoio diagnóstico e terapêutico

Medicamentos

Serviço de especialidades

Outros serviços

Usuário

Linha de produção do cuidado (estruturada por projetos terapêuticos)

Esta última perspectiva toma como possível constituir o campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. Propõe-se, assim, inverter a lógica dominante nos serviços especializados, modificando a escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença, a falta de vínculo com o paciente e as relações burocráticas com os demais serviços (Mesquita & Silveira, 1996). Essa tarefa, entretanto, não é fácil, pois se observa na prática o quanto é difícil romper com o modelo hegemônico e redirecionar o enfoque, ainda nitidamente hospitalocêntrico, para a consecução de um sistema 'redebasicocêntrico', ou melhor, centrado nas necessidades dos sujeitos/usuários individuais e coletivos.

A rede básica conta com uma estrutura permanente e descentralizada, sob responsabilidade do Estado e à disposição da população. Há uma concepção corrente que tem se tentado implementar no SUS, na qual a atenção básica tem como objetivo resolver os problemas médico-sanitários mais comuns e prioritários (capacidade para resolver cerca de 80% dos motivos que levam alguém a demandar serviços de saúde), constituindo-se na porta de entrada para o acesso da população ao sistema de saúde, ordenando e racionalizando o acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares de maior complexidade tecnológica (portanto, os custos também).

A construção de alternativas ao modelo tradicional tem buscado tratar a atenção básica como estratégia prioritária de reestruturação do sistema, como discutido no capítulo 16. A rede básica é mais suscetível a mudanças de suas práticas, inclusive por estar menos aprisionada e restrita ao processo de trabalho médico do que o campo de práticas realizadas no hospital e em outras unidades de saúde especializadas – à exceção, talvez, das experiências em saúde mental tais quais vêm sendo empreendidas, isto é, com base nos fundamentos e princípios da reforma psiquiátrica.

Conheça em detalhes os princípios e o processo da reforma psiquiátrica no capítulo 20, sobre saúde mental.

O decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011a), ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080/90), estabeleceu como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde do SUS nas redes de atenção à saúde os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto, definindo que os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelos serviços estabelecidos como portas de entrada.

Conceituação e delimitação do campo da atenção especializada

A área de atenção especializada, de maneira geral, pode ser conceituada e ao mesmo tempo delimitada pelo território em que é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcados pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas.

Densidade tecnológica

Os serviços que compõem o sistema devem estar aptos, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a resolver os problemas de saúde que levam os usuários a procurá-los, em cada nível de assistência. Para que sejam ofertados com qualidade, segurança e dentro de padrões de sustentabilidade econômico-financeira, devem ser ofertados em conformidade com parâmetros de planejamento baseados em necessidades de saúde. A disposição da oferta de acordo com a lógica de mercado e o modelo médico-hegemônico, baseado em procedimentos, tem determinado um padrão marcado pela irracionalidade, gerando profundas iniquidades, com sobreposição de oferta de serviços em determinadas áreas e vazios assistenciais em outras, além de um custo insustentável, tanto para o SUS como para a saúde suplementar.

Segundo Merhy (1997), os serviços de atenção especializada são espaços de saber-fazeres profissionais, em que se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras ofertadas sobre a infraestrutura tecnológica dura.

Para entender a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde, deve-se reconhecer que é a atenção básica que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser

preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo-benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada.

Hierarquização e regionalização

A rede de serviços do SUS deve ser organizada regionalmente de forma que permita um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O acesso da população à rede regionalizada deve se dar por meio dos serviços de atenção básica, distribuídos localmente e qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde.

Economia de escala

Enfrentar o crescimento de custos em saúde, puxado por vultosos investimentos em pesquisa, constante atualização e incorporação tecnológica e lançamento de drogas cada vez mais avançadas e caras, exige que se busque atingir ganho de escala, aumento da eficiência e simplificação dos processos. Economia de escala permite um aumento na quantidade total produzida sem um aumento proporcional no custo de produção. Como resultado, o custo médio de cada serviço/produto tende a ser menor com o aumento da produção dos serviços. Para os gestores de saúde, isso requer maior capacidade de planejamento, regulação do sistema e constituição de redes assistenciais (inclusive de serviços ambulatoriais especializados). Dos serviços de saúde, públicos ou privados, requer profissionalização da gestão, boa governança corporativa, aumento da transparência, desenvolvimento de métricas de eficiência e constituição de redes assistenciais, também rompendo com a lógica de serviços isolados.

Como a quase totalidade do processo de trabalho em saúde pressupõe a interação entre o usuário e o profissional da saúde que irá prestar os cuidados necessários, na rede básica os serviços 'vão' até os usuários. Já na atenção especializada deve-se dar o inverso: os usuários se deslocam até os espaços onde será realizada a produção do cuidado em saúde.

Na atenção básica, a maior parte das ações e dos procedimentos a serem realizados é destinada à maioria dos usuários durante quase todo o tempo, atuando de forma mais extensiva. Na atenção especializada, a população-alvo a cada momento é circunscrita a uma parcela da população total, um subconjunto que apresenta naquele instante a necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos.

Dessa forma, a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada. Torna-se imprescindível a identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a atenção especializada e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem, seja fora dele, por meio de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais (Fonseca & Davanzo, 2002).

Os limites entre a atenção especializada e a atenção básica, entretanto, não são precisos, mesmo porque a abrangência da atenção básica depende de definições políticas, adotadas em razão das circunstâncias sociais e econômicas conjunturais. A circunscrição das áreas de responsabilidade de uma e de outra se dá, atualmente, de forma muito heterogênea,

determinada por diferentes lógicas. A mais explícita é a do financiamento, pois estabelece diferentes critérios de valoração e de alocação de recursos pelo SUS entre as áreas básicas e as ditas especializadas. Essa mesma lógica corrobora, ainda, as subdivisões em média e alta complexidades (na verdade, médio e alto custos), pois se fundamenta na diferença de remuneração de procedimentos afetos a cada um daqueles níveis, com base nas tabelas originalmente utilizadas para normatizar as transferências de recursos aos entes públicos e privados integrantes do SUS.

Cabe ainda, para delimitar o campo da chamada atenção especializada, um recorte constitutivo dado pela modalidade ou nível assistencial, exemplificado pelas áreas de atenção secundária (serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico), de atenção terciária (de diagnose e terapia e atenção hospitalar) e de urgência/emergência (que se insere e articula com todos os níveis de atenção). No âmbito da regulamentação profissional médica, são reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina 53 especialidades médicas (Quadro 1). Do ponto vista de rede assistencial, os serviços de atenção secundária e terciária constituem-se em níveis de referência para a atenção básica, dentro da lógica de hierarquização e regionalização com que se constituiu o SUS.

Diagnose
Grupo composto por procedimentos especializados para diagnóstico em oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, cardiologia, pneumologia, urologia, nefrologia, ginecologia e alergologia (exemplo: endoscopias, eletrocardiograma, eletroencefalograma, tonometria, fundoscopia etc.).

Quadro 1 – Relação de especialidades médicas reconhecidas no Brasil

Acupuntura	Endocrinologia e metabologia	Medicina preventiva e social
Alergia e imunologia	Endoscopia	Nefrologia
Anestesiologia	Gastroenterologia	Neurocirurgia
Angiologia	Genética médica	Neurologia
Cancerologia	Geriatria	Nutrologia
Cardiologia	Ginecologia e obstetrícia	Oftalmologia
Cirurgia cardiovascular	Hematologia e hemoterapia	Ortopedia e traumatologia
Cirurgia de mão	Homeopatia	Otorrinolaringologia
Cirurgia de cabeça e pescoço	Infectologia	Patologia
Cirurgia do aparelho digestivo	Mastologia	Patologia clínica/medicina laboratorial
Cirurgia geral	Medicina de família e comunidade	Pediatria
Cirurgia pediátrica	Medicina do trabalho	Pneumologia
Cirurgia plástica	Medicina do tráfego	Psiquiatria
Cirurgia torácica	Medicina esportiva	Radiologia e diagnóstico por imagem
Cirurgia vascular	Medicina física e reabilitação	Radioterapia
Clínica médica	Medicina intensiva	Reumatologia
Coloproctologia	Medicina legal	Urologia
Dermatologia	Medicina nuclear	

Fonte: CFM, 2011.

Esse conjunto de redes de atenção para uma boa articulação pressupõe uma adequada integração, colocando sob mesma gestão diferentes pontos de atenção em um mesmo sistema de saúde, viabilizando a continuidade da atenção aos usuários do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado. Cabe registrar que essa integração precisa se dar a partir da atenção básica, que deve ser a principal porta de entrada do sistema ordenando a necessidade de

fluxos e contrafluxos, referências e contrarreferências pelo sistema. Entre as principais vantagens permitidas por essa integração estão a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema (Mendes, 2001).

Sistema de referência e contrarreferência

Os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar, ou seja, fazer a contrarreferência do usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica. Referência e contrarreferência também funcionam entre serviços do mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização e a gestão desse sistema são de responsabilidade da direção municipal do SUS, que deve estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à população. Para tanto, a definição dos fluxos, os mecanismos de informação e comunicação são imprescindíveis.

É por isso que os serviços de atenção especializados são oferecidos, de maneira geral, em unidades de abrangência regional para vários bairros, distritos ou municípios, dependendo da sua abrangência geográfica e populacional, sob gestão das secretarias municipais ou estaduais de Saúde, servindo como referência para os casos encaminhados pela rede básica ou que recebem alta do regime de cuidado hospitalar.

Para refletir

Observando as relações entre a atenção básica e a atenção ambulatorial especializada no município em que você vive, é possível afirmar que o sistema de referência e contrarreferência está devidamente estruturado?

Os serviços ambulatoriais especializados no SUS têm recebido diferentes denominações: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especialidades da Saúde, Centro de Referência Especializada etc., de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos. Nessas unidades de saúde, além da oferta de consultas médicas especializadas, os usuários podem ter acesso aos principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Em determinados municípios e regiões, a oferta ambulatorial especializada ainda se encontra fortemente vinculada aos serviços privados (filantrópicos ou lucrativos), principalmente os de natureza hospitalar.

Tem-se observado, entretanto, algumas distorções importantes em serviços ambulatoriais ofertados em estabelecimentos privados, em particular quando não estão sujeitos a mecanismos de regulação e controle. Por exemplo: a seleção de demanda por enfermidades que resultam em procedimentos mais bem remunerados na tabela do SUS (ou seja, mais lucrativos), o excesso de pedidos de consultas com outros especialistas e de exames complementares (na maioria das vezes desnecessários) ou a utilização desses serviços para

a realização de procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou não autorizados pelas operadoras para usuários da saúde suplementar.

Deve-se destacar que a oferta de serviços ambulatoriais especializados na área privada segue características distintas, não respeitando as mesmas lógicas de organização do SUS. Nos grandes centros urbanos e nas áreas onde se concentram os cerca de cinquenta milhões de beneficiários dos planos de saúde, há uma 'superoferta' de serviços especializados, dispostos em consultórios, clínicas e hospitais – a chamada 'rede prestadora' da área privada e da saúde suplementar, que atua em regime de forte concorrência e que passa a enfrentar também a implementação de sistemas de regulação por parte das operadoras, preocupadas com a ampliação dos custos e a autogeração de demanda por parte dos prestadores.

A precária integração entre os serviços de saúde aparece como uma característica presente na maioria dos sistemas de saúde das Américas por várias décadas, levando à fragmentação e à duplicação de serviços. Estudos da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) têm evidenciado que tal insuficiência vem levando à perda intensa na qualidade e na efetividade da rede assistencial, fazendo crescer de forma desnecessária os custos da atenção à saúde, ampliando as desigualdades no acesso e gerando grande ineficiência do sistema como um todo.

Em razão desses aspectos, as reformas do setor saúde realizadas em muitos países nessa região têm acentuado a necessidade de se efetivar a integração entre os diversos níveis de atenção, contudo poucos têm conseguido sucesso.

Programas específicos ou especiais, representados por políticas que se traduzem por elevado grau de incorporação tecnológica, também podem delimitar o campo da atenção especializada, ainda mais quando se constituem em redes assistenciais com características peculiares do ponto de vista da lógica de organização e prestação de serviços de saúde. Trata-se, aqui, das redes assistenciais destinadas a alguns programas, como por exemplo o de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e DST/Aids.

Nessa condição, destacam-se duas políticas específicas – a de transplantes e a de sangue e hemoderivados – em razão das atribuições legais destinadas ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais de Saúde pela Constituição Federal e pela legislação complementar. Além da Constituição Federal e da Lei Orgânica, devem-se considerar: a lei n. 9.434/97, o decreto n. 2.268/97, a lei n. 10.211/01, para os transplantes, e a lei n. 10.205/01, para a área de sangue e hemoderivados.

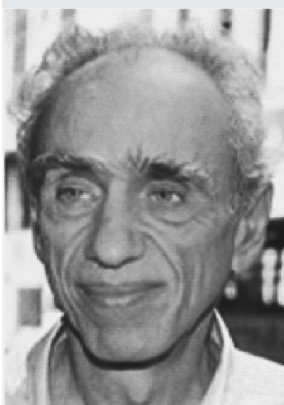
Política de transplantes

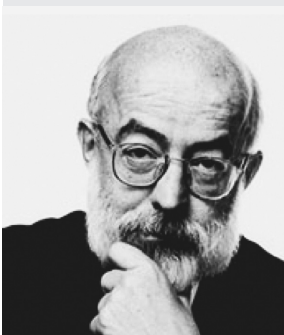
Você sabia que o Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo? São 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo Ministério da Saúde a realizar transplantes. O Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados por meio das Centrais Estaduais de Transplantes.

No ano de 2010, foram realizadas pelo SUS 47.020 internações hospitalares para transplantes de órgãos, tecidos e células. Deste total, 57,3% ocorreram na região Sudeste, 23,3% na Sul, 15,6% na Nordeste e apenas 2,9% na Centro-Oeste e 0,9% na região Norte. Dessas internações 39,6% se deram em unidades públicas, sendo que na região Nordeste esse percentual foi de 53,3%, e na região Norte, de 92,1%.

Apesar do êxito observado, a fila de espera continua crescendo. Os principais motivos são a insuficiência de doadores de órgãos e tecidos, dificuldades no sistema de captação de órgãos e heterogeneidade na oferta regional.

Política de sangue e hemoderivados

Em razão de ampla mobilização social, envolvendo trabalhadores da saúde, intelectuais, associações de familiares e portadores de enfermidades, imprensa, gestores, políticos etc., o Brasil se tornou uma referência mundial em termos de política de sangue e hemoderivados, expressa por meio de uma moderna legislação que proíbe a exploração e o comércio de sangue e hemoderivados. Juntamente com os movimentos sociais de portadores de patologias, Herbert de Souza, Sergio Arouca e David Capistrano foram importantes atores nesse processo.

Herbert de Souza, o Betinho (1935-1997)

Sociólogo brasileiro que se destacou pelas ações a favor dos direitos humanos. Fundou o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), voltado para a democratização da informação. Iniciou, na década de 1990, a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, uma campanha que mobilizou a sociedade brasileira na execução de planos de distribuição de alimentos aos mais necessitados. Por seus esforços, chegou a ser indicado ao Prêmio Nobel da Paz, em 1994. Betinho era hemofílico e contraiu o vírus HIV em uma transfusão de sangue. Fundou e presidiu a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia). Teve destacada atuação na luta pela aprovação da Lei do Sangue e Hemoderivados (lei n. 10.205/01). Mesmo com a saúde fragilizada, permaneceu participando ativamente do esforço de combate às injustiças sociais.

Sergio Arouca (1941-2003)

Médico sanitarista, destacado intelectual e um dos mais importantes líderes do movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Foi consultor da Opas e da OMS, professor-titular da atual Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), secretário municipal e estadual de Saúde do Rio de Janeiro e secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Como militante político, teve atuação destacada em defesa da saúde e da democracia. Deputado federal pelo Rio de Janeiro, foi o autor da Lei do Sangue e Hemoderivados (lei n. 10.205/01).

Para refletir

Você é capaz de identificar em sua cidade as diferentes organizações de saúde públicas e privadas que prestam serviços ao SUS e que podem ser consideradas unidades ambulatoriais de atenção especializada?

A atenção especializada no SUS é também segmentada em dois níveis de complexidade, média e alta, detalhados a seguir.

Atenção de média complexidade

De maneira geral, o campo da média complexidade vem sendo compreendido, no âmbito do SUS, tão somente como *locus* de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, mais restritivamente ainda, pelos procedimentos especializados de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS.

Em relação ao seu papel e poder organizativo, a média complexidade tem sido historicamente definida por exclusão, representando as ações que transcendem aquelas da atenção básica e as que não se configuram como alta complexidade.

Na verdade, a média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam o uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala, o que acarreta não serem realizados em todos os municípios do país, em grande parte muito pequenos.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Dessa forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente. Há ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em razão da defasagem dos valores pagos pelo SUS.

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência.

Os efeitos do estrangulamento da oferta da atenção ambulatorial de média complexidade em todo o país forçaram, de certa forma, uma ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema.

Atenção de alta complexidade

Com base na definição de um elenco de procedimentos ambulatoriais (em sua maioria) de alto custo, estruturou-se uma rede de serviços com crescente inclusão de novas tecnologias, com tabela de valores diferenciados (próximas dos valores de mercado) e com padrão de oferta profundamente assimétrico do ponto de vista da distribuição regional.

A oferta de serviços de alta complexidade do SUS caracteriza-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços pelo SUS realizados sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, propiciando, por um lado, distorções na prática médica e, por outro, extensas regiões sem cobertura assistencial (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição proporcional por região dos procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS segundo complexidade. Brasil – 2006 e 2010

Região	Ano	Atenção básica (%)	Média complexidade (%)	Alta complexidade (%)
Norte	2006	7,7	7,0	2,6
	2010	9,9	8,3	1,9
Nordeste	2006	28,2	23,1	18,4
	2010	29,6	23,1	15,4
Sudeste	2006	42,5	51,3	56,8
	2010	39,3	49,3	61,6
Sul	2006	13,7	12,0	14,9
	2010	14,1	12,1	16,1
Centro-Oeste	2006	8,0	6,6	7,3
	2010	7,1	7,2	5,0

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Ao mesmo tempo, essa oferta está desvinculada de linhas de cuidados, caracterizando-se pela fragmentação das ações de atenção à saúde, não havendo responsabilização pelos pacientes e sendo realizados, quase exclusivamente, procedimentos selecionados. Até recentemente, havia baixa regulação do acesso aos procedimentos de alta complexidade com portas de entrada, na maioria dos casos, próprias do prestador de serviços contratado (com honrosas exceções de algumas gestões locais, que implementaram processos eficientes de regulação), com escolha da clientela, principalmente aquela oriunda do setor privado, com frequente desrespeito ao preceito da equidade de acesso ao SUS.

A partir de 2003, foi instituída no âmbito do SUS uma nova política para a alta complexidade, formulada com base em grupos de trabalho com ampla participação dos atores envolvidos: diversas áreas do Ministério da Saúde, as Agências Reguladoras de Vigilância Sanitária (Anvisa) e de Saúde Suplementar (ANS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), as sociedades de especialistas, as entidades da área de saúde coletiva, os hospitais universitários, as associações de portadores de patologias, o Conselho Nacional de Saúde, as entidades de representação de prestadores privados etc. A política nacional de alta complexidade tem por objetivo propiciar o acesso da população a serviços qualificados de alta tecnologia e alto custo, considerando a integração com a atenção básica e a média complexidade, a diminuição das iniquidades regionais e a cooperação técnica com os gestores estaduais e municipais. Ela tem sido estruturada, nos últimos anos, por meio da constituição de redes estaduais de alta complexidade, planejadas mediante parâmetros e necessidades populacionais, com adscrição de clientela, que estão permitindo a reorganização da oferta, instituição de serviços de referência e obrigatoriedade de oferta de conjunto mínimo de procedimentos, inclusive os de média complexidade, que se constituem no ponto de estrangulamento do sistema.

Atenção especializada e incorporação tecnológica em saúde

No âmbito da atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), concentra-se uma parcela significativa dos esforços do complexo industrial no desenvolvimento de novas tecnologias, impondo a incorporação tecnológica acrítica verificada no campo da saúde, de maneira geral, e no SUS, em particular.

As características do complexo industrial da saúde no Brasil são analisadas no capítulo 7. Consulte.

É indispensável lembrar que a incorporação tecnológica em saúde transcende o uso de equipamentos e fármacos e o âmbito da atenção especializada, dizendo respeito, inclusive, à dimensão do 'saber' como tecnologia na produção de serviços de saúde – incorporação de condutas e mudanças nos processos de trabalho. Exemplos: reidratação oral e controle da hipertensão com acompanhamento pelo mesmo profissional da saúde.

São evidentes os ganhos obtidos com a crescente incorporação de diversas tecnologias na atenção à saúde. Vários estudos têm demonstrado que o extraordinário aumento do número de tecnologias produzidas e incorporadas nas últimas duas décadas tem sido associado à queda da mortalidade, claramente evidenciada em áreas como a perinatal e a cardiovascular.

Contudo, o processo de incorporação tecnológica vem sendo, em geral, acrítico e desregulado, com uma intensa velocidade com que essas transformações estão ocorrendo no setor saúde e um mercado cada vez mais competitivo e com fortes restrições de custos.

Em outros setores, normalmente, novas tecnologias substituem as já existentes (telégrafo, fax, *e-mail*) e os processos de incorporação tecnológica têm reduzido a necessidade de força de trabalho extensiva (por exemplo, a informatização do setor bancário levando à redução em massa de postos de trabalho). No entanto, na área da saúde, novas tecnologias agregadas ao sistema não têm, em geral, caráter substitutivo, mas sim de complementação dos métodos já existentes, ou seja, apresentam via de regra um caráter aditivo para o sistema (raios X + ultrassonografia + tomografia + ressonância magnética + *PET Scan*). Além disso, não reduzem o número de postos de trabalho – pelo contrário, têm levado a um novo padrão de reestruturação produtiva, com ampliação e diferenciação de postos de trabalho, solicitando novas exigências na qualificação de recursos humanos (Mendes, 2001).

Diversos problemas vêm sendo demonstrados na utilização das tecnologias no setor saúde (Silva, 2003): estudos não encontraram evidência científica para procedimentos largamente e longamente utilizados, tecnologias comprovadamente sem efeito continuavam sendo amplamente utilizadas, outras comprovadamente eficazes apresentavam baixa utilização, e tecnologias eram utilizadas fora das condições nas quais se mostraram eficazes.

Cabe ainda ressaltar que o universo existente de tecnologias em saúde excede, consideravelmente, a capacidade de oferta por parte da sociedade, tornando necessária a adoção de escolhas difíceis quanto ao uso de recursos mais ou menos escassos, ainda mais quando as regras de decisão existentes são inadequadas para guiar a escolha das intervenções prováveis de oferecer maiores benefícios à população. Observa-se, ainda, ausência de planejamento e regulação rigorosa, principalmente na incorporação de novos equipamentos médicos e implantação de serviços.

Na Tabela 2 é apresentada a quantidade existente no Brasil em 2009 de alguns tipos de equipamentos médico-hospitalares selecionados (IBGE/AMS, 2009), identificando quantos estão em unidades públicas e a disponibilidade para o SUS. Chama a atenção o fato de que, apesar da maior participação no setor privado, em média cerca de metade desses equipamentos é utilizada pelo SUS.

Tabela 2 – Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa. Brasil – 2009

Equipamento	Total	SUS		Público		Privado	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Acelerador linear	334	212	63,5	49	14,7	285	85,3
Berço aquecido	14.731	11.321	76,9	6.062	41,2	8.669	58,8
Bomba de cobalto	149	105	70,5	33	22,1	116	77,9
Braquiterapia de alta taxa	135	83	61,5	20	14,8	115	85,2
Braquiterapia de baixa taxa	113	45	39,8	6	5,3	107	94,7
Desfibrilador	26.361	16.056	60,9	9.147	34,7	17.214	65,3
Eletrocardiógrafo	25.539	14.636	57,3	10.051	39,4	15.488	60,6
Eletroencefalógrafo	3.123	1.305	41,8	780	25,0	2.343	75,0
Endoscópio das vias respiratórias	2.496	1.003	40,2	595	23,8	1.901	76,2
Endoscópio das vias urinárias	1.823	850	46,6	460	25,2	1.363	74,8
Endoscópio digestivo	7.529	2.972	39,5	1.670	22,2	5.859	77,8
Equipamento para fototerapia	12.426	8.973	72,2	5.142	41,4	7.284	58,6
Equipamento para optometria	2.814	1.139	40,5	575	20,4	2.239	79,6
Gama câmara	624	319	51,1	86	13,8	538	86,2
Incubadora	16.470	11.795	71,6	6.585	40,0	9.885	60,0
Litotripsia	742	312	42,0	79	10,6	663	89,4
Mamógrafo com comando simples	3.296	1.357	41,2	474	14,4	2.822	85,6
Mamógrafo com estereotaxia	847	306	36,1	110	13,0	737	87,0
Marcapasso temporário	3.262	1.750	53,6	918	28,1	2.344	71,9
Microscópio cirúrgico	4.641	2.301	49,6	885	19,1	3.756	80,9
Monitor de ECG	54.320	29.922	55,1	16.886	31,1	37.434	68,9
Monitor de pressão invasiva	18.814	9.526	50,6	5.432	28,9	13.382	71,1
Monitor de pressão não invasiva	44.390	23.449	52,8	13.071	29,4	31.319	70,6
Oxímetro	52.595	29.431	56,0	15.681	29,8	36.914	70,2
Raios X até 100 mA	5.899	3.225	54,7	1.829	31,0	4.070	69,0
Raios X com densidade óssea	1.358	367	27,0	89	6,6	1.269	93,4
Raios X com fluoroscopia	1.221	645	52,8	287	23,5	934	76,5
Raios X de 100 a 500 mA	8.618	4.836	56,1	2.614	30,3	6.004	69,7
Raios X mais de 500 mA	2.735	1.451	53,1	737	26,9	1.998	73,1
Raios X odontológico	14.101	4.141	29,4	4.398	31,2	9.703	68,8
Raios X para hemodinâmica	654	314	48,0	95	14,5	559	85,5
Reanimador pulmonar	77.218	51.638	66,9	30.568	39,6	46.650	60,4
Respirador/ventilador adulto	34.208	20.447	59,8	12.324	36,0	21.884	64,0
Respirador/ventilador infantil	11.599	7.582	65,4	4.671	40,3	6.928	59,7
Ressonância magnética	1.199	361	30,1	69	5,8	1.130	94,2

Tabela 2 – Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa. Brasil – 2009 (cont.)

Equipamento	Total	SUS		Público		Privado	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tomógrafo computadorizado	3.019	1.145	37,9	382	12,7	2.637	87,3
Ultrassom *doppler* colorido	10.538	2.927	27,8	1.434	13,6	9.104	86,4
Ultrassom ecógrafo	8.848	3.910	44,2	2.532	28,6	6.316	71,4
Videolaparoscópio	3.458	1.402	40,5	609	17,6	2.849	82,4

Fonte: IBGE, AMS, 2009.

Os desafios para a formação de nível superior dos recursos humanos em saúde são discutidos no capítulo 29.

Torna-se fundamental para vislumbrar possibilidades de reversão desse quadro, além da introdução de mudanças substantivas na formação dos profissionais de saúde e da educação permanente, a incorporação da avaliação tecnológica em saúde (ATS); a utilização de informações sobre custos e resultados das intervenções em saúde contribuindo para o estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos; a definição de protocolos assistenciais e diretrizes terapêuticas; o estabelecimento de políticas de incorporação tecnológica; a incorporação de parâmetros assistenciais para a rede de serviços (população adscrita – território de abrangência – linha de cuidado – integralidade da oferta); a realização de planejamento regionalizado de investimentos para viabilizar o acesso com escala adequada; a programação regionalizada e hierarquizada; a efetivação da regulação da oferta de procedimentos; a potencialização dos mecanismos de compra e contratação por parte das esferas de gestão; e a transferência de tecnologia possibilitando, inclusive, a produção nacional de equipamentos e insumos.

Mecanismos de regulação assistencial

O ponto sensível, a face mais perceptível dos problemas identificados pelos brasileiros no que diz respeito à saúde, é a fila de espera e o tempo para marcação de consultas médicas especializadas. Na prática, é esta a percepção que a população brasileira acaba formando do SUS, embora tenha que se levar em conta que aqueles que não o utilizam acabam formando juízo de valor menos favorável do que os que efetivamente fazem uso do sistema de saúde, como demonstra a pesquisa nacional "A Saúde na Opinião dos Brasileiros", realizada por encomenda do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em 2003. O grau de satisfação (alta e muito alta) com os serviços de atenção especializada varia de acordo com o grau de complexidade, com variações regionais, numa escala de 61,6% para as consultas especializadas, 63,5% para exames laboratoriais, 67,3% para radiologia e ultrassonografia, 71,8% para as internações hospitalares, 80% para os serviços de cirurgia e 80,9% para os serviços de alta complexidade (Conass, 2003).

Para garantir o acesso aos cuidados especializados, é preciso "melhorar a regulação, garantindo fluxos adequados a todos os níveis de complexidade tecnológica de serviços" (Pursai, 2004: 71). Tal necessidade se dá de maneira especial nos municípios-polo, onde a clientela para serviços especializados é maior que a da atenção básica, pois além dos habitantes do município, outros – referenciados da área de abrangência regional – somam-se

aos usuários locais do SUS. Muitas vezes, esses serviços recebem ainda os usuários da saúde suplementar que contam com coberturas parciais de suas operadoras e procuram o SUS para os procedimentos mais caros, ampliando as distorções na utilização dos serviços públicos (Silva, 1996).

No processo de construção do SUS, os serviços ditos especializados foram implantados dentro do modelo tecnoassistencial tradicional,

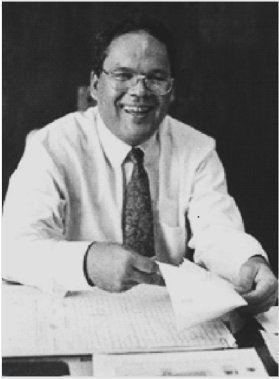
> centrado na consulta e/ou saber médico, para responder às necessidades das unidades da rede (básica), recebendo pacientes triados a partir de problemas específicos (...). Neste sentido, o papel atribuído aos serviços especializados foi, em grande medida, o de retaguarda técnica e de exames de diagnose e terapia. (Mesquita & Silveira, 1996: 91)

A área de atendimento especializado, principalmente de média complexidade, como mencionado, constitui-se em um dos pontos de estrangulamento, com déficits no padrão de oferta que resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou a não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários.

A atenção especializada é um campo caracterizado pela enorme autonomia do processo de trabalho, mas que sem regulação (do cuidado e da sua organização) acaba por desresponsabilizar os serviços (e seus profissionais) pelo cuidado com os usuários.

Conforme analisam Mesquita e Silveira (1996: 91), o indivíduo perde

> sua identidade individual e coletiva ao chegar ao serviço especializado. O olhar do especialista identifica-o apenas como um problema funcional ou um órgão-alvo e, uma vez fornecido o seu parecer, o paciente passa a fazer parte do grupo de cronificados destes serviços ou retorna à unidade, muitas vezes sem nenhuma compreensão sobre a situação e, o que é pior, sem que nem mesmo o médico da unidade de origem tenha esse entendimento, em grande parte dos casos.

Contudo, muitos dos municípios que assumiram efetivamente a gestão do sistema de saúde exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema de saúde – criaram capacidade de regulação; reorganizaram a rede de serviços; ampliaram a capacidade instalada pública; montaram serviços de controle, avaliação e auditoria; criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares; desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais); ampliaram o acesso da população às ações e aos serviços de saúde; melhoraram a produtividade dos serviços; aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares; e reduziram internações desnecessárias como foi o caso de Santos, sob a gestão de David Capistrano (Solla, 2005).

DAVID CAPISTRANO (1948-2000)

Médico sanitarista, uma das maiores lideranças políticas e do movimento sanitário de nosso país. Esteve à frente de exitosas experiências de gestão local de sistemas de saúde, primeiramente em Bauru (SP), como secretário municipal de Saúde (1982-1986), e depois em Santos (SP), onde também ocupou a pasta da Saúde (1989-1992) e foi eleito prefeito (1993-1996). Sua liderança, sua capacidade técnica, seu compromisso político e a radicalidade com que implantou o SUS e outras políticas públicas, a partir dos municípios, foram de fundamental importância e se transformaram em referências para todo o país, reconhecidas internacionalmente. Entre essas iniciativas, destacam-se as políticas de Aids/DST, de desospitalização e implantação da reforma psiquiátrica, de atenção domiciliar e de uma ampla e articulada rede de serviços básicos e de atenção ambulatorial especializada.

Entre as gestões municipais do SUS que têm avançado na construção de mecanismos de regulação que permitam ampliar o acesso da população e evitar fraudes e outras distorções nos serviços contratados, destaca-se a de Belo Horizonte (MG), como primeira grande cidade a desenvolver esses processos na gestão do SUS, ainda em meados dos anos 90.

Belo Horizonte: boa prática municipal em regulação do SUS

Em Belo Horizonte, o conceito de comando único foi levado radicalmente em conta, com a secretaria municipal assumindo a totalidade da gestão dos serviços do SUS localizados no território municipal, incluindo toda a alta complexidade ambulatorial e hospitalar e os serviços de referência, mesmo os de âmbito estadual.

Apenas as gerências diretas dos hospitais da rede estadual, vinculados à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, não foram repassadas ao município – uma vez que isto significaria ônus financeiro e operacional –, mas o controle e a avaliação e os pagamentos de produção desses hospitais ficaram sob responsabilidade municipal. Com a gestão plena do sistema municipal de saúde, houve redução mensal média das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) pagas de 29.446, em 1993, para 21.976, em 1995, sem redução do número de internações físicas, com economia real de mais de R$ 21 milhões nesse período.

Tal redução foi possível pela implantação de mecanismos de controle, como extinção da modalidade cota/prestador; criação de equipes distritais de supervisão rotativa; instalação de juntas de concessão de AIHs eletivas; introdução de juntas de autorização de procedimentos de alta complexidade; desenvolvimento de programa de crítica de laudos de internação; revisão de prontuários dos laudos em dúvida pela supervisão hospitalar; digitação de 100% dos laudos de internação e cruzamento com as AIHs cobradas; implantação da central de internações; um grande esforço técnico e político da gestão municipal em enfrentar a oposição da representação do setor privado hospitalar.

Fonte: Santos, 1998.

Atenção especializada ambulatorial: produção no SUS

Em razão das grandes alterações implantadas nas tabelas do SUS a partir de janeiro de 2008, iremos apresentar a evolução da oferta de procedimentos ambulatoriais especializados para o período de 2000 a 2007 (Tabela 3) e os dados relativos a 2010 em separado com a nova configuração de procedimentos e subgrupos (Tabela 4).

Em 2005, a produção ambulatorial especializada pelo SUS superou pela primeira vez a marca de um bilhão de procedimentos. Entre 2000 e 2007, ocorreu um importante aumento dessa oferta em mais 126%. Esta ampliação foi igual a 66% para os procedimentos de média complexidade e a 484% para os de alta complexidade.

Tabela 3 – Procedimentos especializados ambulatoriais produzidos pelo SUS de acordo com o grupo do SIA/SUS. Brasil – 2000, 2003, 2005 e 2007

Grupo de procedimentos especializados	2000	2003	2005	2007	2007/2000 (%)
Procedimentos de média complexidade	505.585.191	629.565.924	726.475.459	837.526.231	65,7
07-Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros de nível médio e superior	160.270.550	208.649.335	242.933.491	280.556.827	75,0
08-Cirurgias ambulatoriais especializadas	7.191.777	7.688.958	7.901.107	8.192.793	14,0
09-Procedimentos traumato-ortopédicos	9.285.512	6.418.235	6.436.795	6.301.363	-32,1
10-Ações especializadas em odontologia	4.634.140	6.613.313	7.970.780	8.071.793	74,1
11-Patologia clínica	222.192.212	273.628.095	315.366.001	373.522.581	68,1
12-Anatomopatologia e citopatologia	8.310.027	12.148.002	13.598.091	14.747.843	77,4
13-Radiodiagnóstico	30.992.015	37.705.353	42.641.528	46.654.590	50,6
14-Exames ultrassonográficos	6.562.048	8.813.815	9.886.896	11.481.476	75,0
17-Diagnose	16.047.800	20.201.695	22.935.858	25.417.847	58,3
18-Fisioterapia (por sessão)	33.970.893	40.416.897	47.211.794	51.124.062	50,4
19-Terapias especializadas (por terapia)	4.097.554	4.487.926	6.489.430	7.745.090	89,0
20-Instalação de cateter	-	723	490	561	-
21-Próteses e órteses	1.975.366	2.716.910	3.027.507	3.620.540	83,2
22-Anestesia	55.297	76.667	75.691	88.865	60,8
Procedimentos de alta complexidade	88.015.208	176.532.484	323.037.294	513.702.780	483,7
26-Hemodinâmica	84.566	95.187	108.908	115.784	37,0
27-Terapia renal substitutiva	6.247.144	7.906.536	8.934.206	9.785.583	56,7
28-Radioterapia (por especificação)	4.955.963	6.136.860	6.866.346	7.130.534	43,9
29-Quimioterapia – custo mensal	785.220	1.232.994	1.537.844	1.786.652	127,6
30-Busca de órgãos para transplante	2.391	141.281	287.601	467.906	19.469,4
31-Ressonância magnética	75.523	139.700	208.674	271.280	259,2
32-Medicina nuclear – *in vivo*	325.518	305.641	344.782	370.363	13,8
33-Radiologia intervencionista	20.228	21.924	34.565	49.729	145,9
35-Tomografia computadorizada	906.574	974.809	1.200.837	1.385.972	52,9
36-Medicamentos*	57.270.573	132.102.077	268.590.702	443.631.874	674,7
37-Hemoterapia	17.341.508	18.770.392	19.720.253	20.700.722	19,3
38-Acompanhamento de pacientes	-	4.778.317	10.879.250	23.541.508	-
39-Atenção à saúde	-	-	422.512	634.815	-
40-Procedimentos específicos para reabilitação	-	3.926.766	3.900.814	3.830.058	-
Total	593.600.399	806.098.408	1.049.512.753	1.351.229.011	127,7
Procedimentos de alta complexidade sem medicamentos	30.744.635	44.430.407	54.446.592	70.070.906	128,0
Total sem medicamentos	536.329.826	673.996.331	780.922.051	907.597.137	69,2

* Medicamentos excepcionais (alto custo).
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Tabela 4 – Procedimentos especializados ambulatoriais produzidos pelo SUS de acordo com o subgrupo e o nível de complexidade. Brasil – 2010

Subgrupo de procedimentos	Nível de complexidade	
	Média	Alta
0101 - Ações coletivas/individuais em saúde	3.423.342	-
0201 - Coleta de material	640.767	69.336
0202 - Diagnóstico em laboratório clínico	469.861.996	1.000.642
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	13.855.876	-
0204 - Diagnóstico por radiologia	58.676.327	331.275
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia	14.779.522	20.816
0206 - Diagnóstico por tomografia	-	2.211.975
0207 - Diagnóstico por ressonância magnética	-	490.274
0208 - Diagnóstico por medicina nuclear *in vivo*	-	340.282
0209 - Diagnóstico por endoscopia	1.720.928	2.010
0210 - Diagnóstico por radiologia intervencionista	-	54.974
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades	28.036.599	169.569
0212 - Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	12.523.943	147.783
0213 - Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	610.798	15.816
0214 - Diagnóstico por teste rápido	353.888	-
0301 - Consultas/atendimentos/acompanhamentos	367.142.764	2.025.944
0302 - Fisioterapia	43.091.492	-
0303 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)	6.307.851	4.487
0304 - Tratamento em oncologia	90	10.509.788
0305 - Tratamento em nefrologia	-	11.139.738
0306 - Hemoterapia	7.843.901	138.860
0307 - Tratamentos odontológicos	3.231.225	67.151
0309 - Terapias especializadas	692.506	224.834
0401 - Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	6.094.758	-
0403 - Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	8.464	-
0404 - Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	1.240.814	-
0405 - Cirurgia do aparelho da visão	842.281	210.222
0406 - Cirurgia do aparelho circulatório	180.808	-
0407 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	102.748	791
0408 - Cirurgia do sistema osteomuscular	1.228.907	-
0409 - Cirurgia do aparelho geniturinário	185.837	562
0410 - Cirurgia de mama	31.390	-
0411 - Cirurgia obstétrica	20.958	-
0412 - Cirurgia torácica	21.532	-
0413 - Cirurgia reparadora	123.688	19.593
0414 - Cirurgia bucomaxilofacial	2.015.561	4.007
0415 - Outras cirurgias	124.547	50

Tabela 4 – Procedimentos especializados ambulatoriais produzidos pelo SUS de acordo com o subgrupo e o nível de complexidade. Brasil – 2010 (cont.)

Subgrupo de procedimentos	Nível de complexidade	
	Média	Alta
0417 - Anestesiologia	109.184	-
0418 - Cirurgia em nefrologia	-	93.507
0501 - Coleta e exames de doação de órgãos e tecidos	202.496	1.286.861
0503 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	6.887	8.831
0504 - Processamento de tecidos para transplante	-	38.117
0505 - Transplante de órgãos, tecidos e células	23	3.305
0506 - Acompanhamento e intercorrências no pré e no pós-transplante	224.957	4.811
0601 - Medicamentos de dispensação excepcional	-	155.520.198
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica	-	464.066.274
0701 - Órteses, próteses e materiais não relacionados ao ato cirúrgico	344	-
Total	1.045.559.999	650.222.683

Obs.: Situação da base de dados nacional em 29 de julho de 2011, sujeita a novas atualizações.
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Cabe registrar que o fornecimento de medicamentos excepcionais (de alto custo), apesar de não ser propriamente um procedimento ambulatorial com as características dos demais, é tratado como tal pela tabela do SUS. Excluindo os procedimentos relativos ao fornecimento de medicamentos excepcionais (alto custo), o aumento da oferta entre 2000 e 2007 foi de 69%. Na alta complexidade, com exclusão dos medicamentos excepcionais, a ampliação foi de 128%. Nesse período, o único grupo de procedimentos especializados ofertado pelo SUS que reduziu sua produção foi o de procedimentos traumato-ortopédicos (menos 32%).

Em 2010, foram registrados mais de um bilhão de procedimentos de média complexidade e outros 650 milhões de alta complexidade pelo SUS, sendo 620 milhões referentes a medicamentos de alto custo e 30 milhões de procedimentos de diagnóstico e tratamento especializado.

Proporcionalmente, a produção de serviços de média complexidade vem tendo a participação da oferta sob gestão municipal ampliada: de 46% em 2002 para 52% em 2005, chegando a 66% em 2010. No tocante à alta complexidade observa-se o oposto, chegando a 97% sob gestão estadual em 2010. Tal variação se deve principalmente ao fato de que 95% dos procedimentos registrados como de alta complexidade são relativos ao programa de medicamentos de alto custo fornecidos pelas secretarias estaduais. Ao excluir o grupo de medicamentos, verifica-se que mais de 60% da oferta de procedimentos diagnósticos, clínicos, cirúrgicos e transplantes de alta complexidade se encontram sob gestão municipal (Tabela 5).

Na Tabela 6, observa-se a distribuição proporcional dos procedimentos ambulatoriais especializados realizados pelo SUS de acordo com o tipo de prestador nos anos de 2005 e 2010. Verifica-se que, do total dessa oferta, 72% em 2005 e 78% em 2010 foram realizados por unidades públicas. Excluindo os medicamentos excepcionais, observa-se, ainda assim, o predomínio da oferta pública: 63% do total de média e alta complexidades em 2005 e

66% em 2010. Contudo, ao tratar a alta complexidade isoladamente (excluindo os procedimentos de média complexidade e sem os medicamentos excepcionais), percebe-se que 42% desses procedimentos foram feitos por prestadores públicos contra 58% por privados (22% realizados por prestadores privados lucrativos e 37% por não lucrativos) em 2005. O predomínio dessa oferta por unidades privadas se ampliou em 2010 para 78% (36% por lucrativos e 42% por não lucrativos). A menor oferta pública encontra-se na nefrologia, com apenas 5,5% em 2010.

Tabela 5 – Distribuição da produção ambulatorial especializada de alta complexidade pelo SUS por tipo de gestão. Brasil – 2010

Grupo de procedimento	Municipal		Estadual		Total
	n	%	n	%	
Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.437.180	50,2	2.417.572	49,8	4.854.752
Procedimentos clínicos	15.318.250	63,5	8.792.552	36,5	24.110.802
Procedimentos cirúrgicos	184.687	56,2	144.045	43,8	328.732
Transplantes de órgãos, tecidos e células	619.770	46,2	722.155	53,8	1.341.925
Medicamentos	58	0,0	619.586.414	100,0	619.586.472
Total	18.559.945	2,9	631.662.738	97,1	650.222.683
Total sem medicamentos	18.559.887	60,6	12.076.324	39,4	30.636.211

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Tabela 6 – Distribuição proporcional da produção ambulatorial especializada do SUS por tipo de prestador. Brasil – 2005-2010

Procedimentos	Ano	Público (%)	Privado	
			Lucrativo (%)	Não lucrativo (%)
Média complexidade	2005	64,4	18,0	17,6
	2010	67,0	15,8	17,2
Alta complexidade	2005	90,1	3,7	6,1
	2010	96,3	1,8	2,0
Alta complexidade sem medicamentos	2005	41,9	21,6	36,6
	2010	21,7	36,3	42,0
Tomografia computadorizada	2005	43,0	24,0	33,1
	2010	48,4	20,0	31,7
Ressonância magnética	2005	28,9	38,0	33,1
	2010	26,8	37,7	35,7
Medicina nuclear *in vivo*	2005	25,6	34,0	40,5
	2010	23,8	34,3	41,9
Radiologia intervencionista	2005	42,1	14,6	43,2
	2010	34,6	17,4	48,0
Nefrologia (TRS)	2005	5,2	71,7	23,1
	2010	5,6	72,0	22,4

Tabela 6 – Distribuição proporcional da produção ambulatorial especializada pelo SUS por nível de complexidade e tipo de prestador. Brasil – 2005-2010 (cont.)

Procedimentos	Ano	Público (%)	Privado	
			Lucrativo (%)	Não lucrativo (%)
Hemoterapia	2005	63,6	11,9	24,6
	2010	80,1	2,6	17,3
Total média e alta complexidades	2005	72,3	13,6	14,0
	2010	78,2	10,3	11,3
Média e alta complexidades sem medicamentos	2005	62,9	18,2	18,9
	2010	65,7	16,3	18,0

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Historicamente, privilegiou-se no Brasil o setor privado na expansão dos serviços de atenção especializada, em particular os de alta complexidade. Os interesses privados acabam determinando o padrão de oferta para o sistema, pois, de maneira geral, os serviços públicos não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades de atenção especializada dos usuários do SUS, além de terem limitações de expansão ante os limites legais para contratação de pessoal.

Para refletir

Por que há uma concentração de serviços ambulatoriais especializados privados, o que não se observa em relação à atenção básica à saúde, cuja oferta é praticamente exclusiva do setor público?

Financiamento federal do SUS para atenção especializada ambulatorial

Até recentemente, o modelo de alocação de recursos financeiros na área de atenção especializada vinha sendo totalmente centrado na lógica de pagamento por procedimento, uma herança da assistência médica previdenciária hegemônica em nosso país ao longo das décadas de 1970 e 1980. Trata-se de um modelo profundamente perverso e indutor de distorções, na medida em que prestadores privados e até mesmo gestores públicos passaram a organizar serviços em razão dos procedimentos mais bem remunerados, deixando assim de ofertar serviços pela lógica da necessidade.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a adotar medidas voltadas para melhorar o financiamento federal da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, com intervenções em quatro frentes: alguns reajustes de valores da tabela SUS; ampliação de tetos financeiros privilegiando estados com repasses *per capita* mais baixos; financiamento de novas políticas por meio de repasses globais; e implantação progressiva de contratos de metas com pagamentos globais (ou mistos), retirando um segmento importante de hospitais do pagamento por procedimento. Esta última foi iniciada com os hospitais universitários e posteriormente estendida para hospitais de pequeno porte e para hospitais filantrópicos.

Entre 2004 e 2008, o gasto *per capita* do Ministério da Saúde com atenção à saúde aumentou 63%; o gasto com atenção básica, 75%; e o relativo à atenção de média e alta complexidades, 59% (Tabela 7).

Ver mais sobre este tema no capítulo 13, no qual são discutidos os rumos do financiamento no SUS.

Tabela 7 – Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde *per capita* (em reais correntes), por componente, segundo o ano. Brasil – 2004-2008

Ano	Gasto com atenção à saúde *per capita*	Gasto com atenção básica *per capita*	Gasto com atenção de média e alta complexidades *per capita*
2004	118,13	30,67	87,47
2005	130,75	35,39	95,36
2006	149,72	42,14	107,58
2007	170,93	47,44	123,49
2008	193,14	53,77	139,37

Fontes: Fundo Nacional de Saúde (FNS); Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (Ministério da Saúde); IBGE, base demográfica.

Atenção especializada como expressão do padrão de iniquidades regionais

A oferta de procedimentos especializados ambulatoriais apresenta grande desigualdade regional com distribuição proporcional diferente da observada para a população: Norte, 8,32%; Nordeste, 27,83%; Sudeste, 42,13%; Sul, 14,36%; Centro-Oeste, 7,37% – dados de 2010 (Brasil, 2011b).

Na Tabela 8, estão apresentadas as taxas de oferta de procedimentos ambulatoriais especializados por mil habitantes para cada uma das regiões do país. A produção na região Sudeste se evidencia bem superior às demais (em especial quando comparada com as regiões Norte e Nordeste), mesmo aplicando taxas com denominadores populacionais.

Comparando os dados de 2005 com os de 2010, pode-se observar que no tocante à oferta de média complexidade ambulatorial as diferenças têm se mantido, com a região Sudeste apresentando taxas entre 1,2 e 1,4 vez maiores que as das demais regiões.

Na alta complexidade, as diferenças a favor do Sudeste variaram de 1,3, em relação à região Sul, a 6,4 quando comparada à região Norte (para 2010), e foram ampliadas entre esses dois anos – em 2005, a maior diferença era de 4,1 vezes (contra a região Norte). Quando excluídos os medicamentos excepcionais do grupo de procedimentos de alta complexidade para 2010, verificam-se taxas semelhantes para as regiões Sudeste e Sul, as quais foram 1,3 vez maiores que a do Centro-Oeste, 1,6 vez em relação ao Nordeste e 2,6 vezes maior que a da região Norte. Em 2005 era de 1,2 e 1,8, comparando com a região Nordeste e a Norte, respectivamente – o que significa que, proporcionalmente, as desigualdades na oferta desse tipo de atenção se ampliaram entre 2005 e 2010: 30% a mais em relação ao Nordeste e 50% para a região Norte.

Tabela 8 – Distribuição da produção ambulatorial especializada pelo SUS por nível de complexidade e região (por mil habitantes). Brasil – 2005 e 2010

Grupos de procedimentos	Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Procedimentos de média complexidade	2005	3.442,1	3.289,0	4.740,5	3.225,3	3.694,3	3.939,0
	2010	5.493,6	4.543,4	6.411,1	4.623,6	5.368,9	5.481,8
Procedimentos de alta complexidade	2005	571,9	1.166,3	2.336,9	1.781,5	1.817,8	1.753,7
	2010	778,0	1.887,3	4.981,0	3.834,0	2.311,0	3.409,1
Terapia renal substitutiva	2005	21,8	36,5	60,8	53,4	41,1	48,5
	2010	28,4	50,3	68,5	61,0	60,0	58,4
Ressonância magnética	2005	2,3	1,1	1,0	0,6	1,7	1,1
	2010	3,3	2,3	2,7	2,1	2,9	2,6
Medicina nuclear – *in vivo*	2005	0,5	1,3	2,7	1,4	1,4	1,9
	2010	0,6	1,3	2,4	1,7	1,3	1,8
Radiologia intervencionista	2005	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
	2010	0,0	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3
Tomografia computadorizada	2005	4,4	4,7	8,1	5,8	8,1	6,5
	2010	8,3	8,2	14,9	10,8	10,9	11,6
Total média e alta complexidades	2005	4.014,0	4.455,3	7.077,4	5.006,9	5.512,1	5.692,7
	2010	6.271,6	6.430,6	11.392,1	8.457,6	7.679,9	8.890,9
Alta complexidade sem medicamentos	2005	174,3	263,6	313,0	346,3	346,2	295,5
	2010	73,3	125,1	193,9	188,2	149,6	160,6
Total média e alta sem medicamentos	2005	3.616,5	3.552,6	5.053,5	3.571,6	4.040,6	4.234,4
	2010	5.566,9	4.668,4	6.605,0	4.811,7	5.518,5	5.642,4

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Cabe registrar que, com a mudança na tabela SUS, a maioria dos procedimentos de hemoterapia e parte de outros subgrupos passaram a ser classificados como de média complexidade, fazendo com que a oferta registrada pelo sistema de informação do SUS acerca da produção ambulatorial especializada de alta complexidade *per capita* (ao excluir os medicamentos) seja 46% menor em 2010 que em 2005. Essas alterações impõem mais cautela em algumas interpretações nas comparações entre os anos anteriores e posteriores à implantação da nova tabela do SUS. Para a média complexidade, a oferta *per capita* ampliou-se em 39% entre os dois anos estudados. Alguns subgrupos da alta complexidade também tiveram aumentos importantes, como ressonância (+127%), tomografia (+78%), radiologia intervencionista (+54%) e nefrologia (+21%).

A desigualdade regional atinge toda a oferta de serviços (SUS e não SUS). Em 2002, o Brasil dispunha de 1,32 unidade especializada ambulatorial de apoio em diagnose e terapia por mil habitantes, com a seguinte diversidade regional: 0,76 no Norte; 0,80 no Nordeste; 1,41 no Centro-Oeste; 1,52 no Sul; 1,68 no Sudeste (Datasus/IDB, 2004; IBGE/AMS, 2002). Nesse mesmo ano, a distribuição dos postos de trabalho de profissionais da saúde por mil habitantes era de 2,67 para médicos (variando de 1,31 na região Norte a 3,38 na Sudeste),

de 0,51 para enfermeiros (de 0,36 no Norte a 0,57 no Sudeste) e igual a 0,33 para odontólogos (de 0,19 na região Norte a 0,39 nas regiões Sul e Centro-Oeste) (IBGE/AMS, 2002).

Os dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2009 mostram um aumento importante no quantitativo de profissionais de saúde de nível superior em todas as regiões, contudo indicam ainda profundas desigualdades regionais, apesar de terem se reduzido essas diferenças entre 2002 e 2009. Neste último ano, foram encontrados pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária uma relação de 3,32 médicos por mil habitantes (com variação de 1,91 na região Norte a 4,26 na Sudeste), de 0,85 enfermeiros (de 0,67 no Norte a 0,96 no Sudeste) e de 0,49 odontólogos (de 0,33 na região Norte a 0,67 na região Centro-Oeste).

Apesar do resultado proporcionalmente positivo nesses dados para as regiões Norte e Nordeste no período analisado, fica evidente que as diferenças na existência de capacidade instalada e de profissionais da saúde entre as regiões dificulta enormemente a ampliação de oferta de atenção especializada do SUS (principalmente na alta complexidade) em determinadas regiões do país. Mesmo com aumentos diferenciados nos repasses financeiros para as regiões Norte e Nordeste, ainda há um longo caminho a se percorrer para a redução das desigualdades regionais no que diz respeito à oferta ambulatorial especializada pelo SUS.

Para refletir

Quais devem ser as estratégias para garantir a saúde como direito de cidadania (com universalidade, integralidade e equidade) em um país com tantas desigualdades regionais (econômicas, sociais, epidemiológicas e de oferta de serviços de saúde)?

Ampliação da oferta da atenção especializada pelo SUS

Cabe destacar que os indicadores de cobertura de serviços vêm tendo evolução positiva. O número de consultas médicas por habitante passou de 2,21 em 1995 para 2,59 em 2008; a proporção da população que consultou médico nos últimos 12 meses subiu de 54,7% para 67,7%; a quantidade de exames de diagnósticos em imagenologia por cem consultas médicas pelo SUS aumentou em 80% (de 10,0 para 18,0) (Datasus/IDB, 2009).

O número de exames de patologia clínica pelo SUS por mil habitantes evoluiu de 1.015,42 em 1995 para 1.709,79 em 2005 e 2.463,46 em 2010 (aumento de 143%). Em relação às ultrassonografias, o SUS realizou 28,23 exames por mil habitantes em 1995 e, em 2005, chegou a 53,58, alcançando 77,49 em 2010 (aumento de 175% na oferta). Os exames de radiodiagnóstico evoluíram de 153,37 para cada mil habitantes, em 1995, para 231,25 em 2005, chegando a 307,64 em 2010 (incremento de 101%).

A produção pelo SUS de procedimentos de terapia renal substitutiva foi de 22,43 para cada mil habitantes em 1995, chegou a 48,46 em 2005 e em 2010 foi igual a 58,4 (160% de ampliação).

Nos últimos anos, a expansão da capacidade instalada e da disponibilidade de equipamentos para diagnóstico especializado continua em ampliação. Entre 2006 e 2008, o número de mamógrafos por 100.000 habitantes passou de 1,65 para 1,80; o de equipamentos de radiologia simples aumentou de 9,39 por 100.000 habitantes para 9,64; os equipamentos

de ressonância magnética passaram de 0,31 em 2006 para 0,38 em 2008, e os de tomografia computadorizada de 1,06 para 1,15 por 100.000 habitantes (Datasus/IDB, 2009).

Apesar da manutenção de lacunas assistenciais importantes em algumas regiões, houve uma ampliação progressiva do número de municípios que realizam procedimentos ambulatoriais especializados pelo SUS, sendo mais veloz na média complexidade. Nas Figuras 3 e 4, pode-se verificar a ampliação de municípios que realizam pelo SUS radiodiagnóstico e terapia renal substitutiva.

Figura 3 – Evolução do número de municípios com registro de radiodiagnóstico no SUS. Brasil – 1999, 2005 e 2010

1999 2005 2010

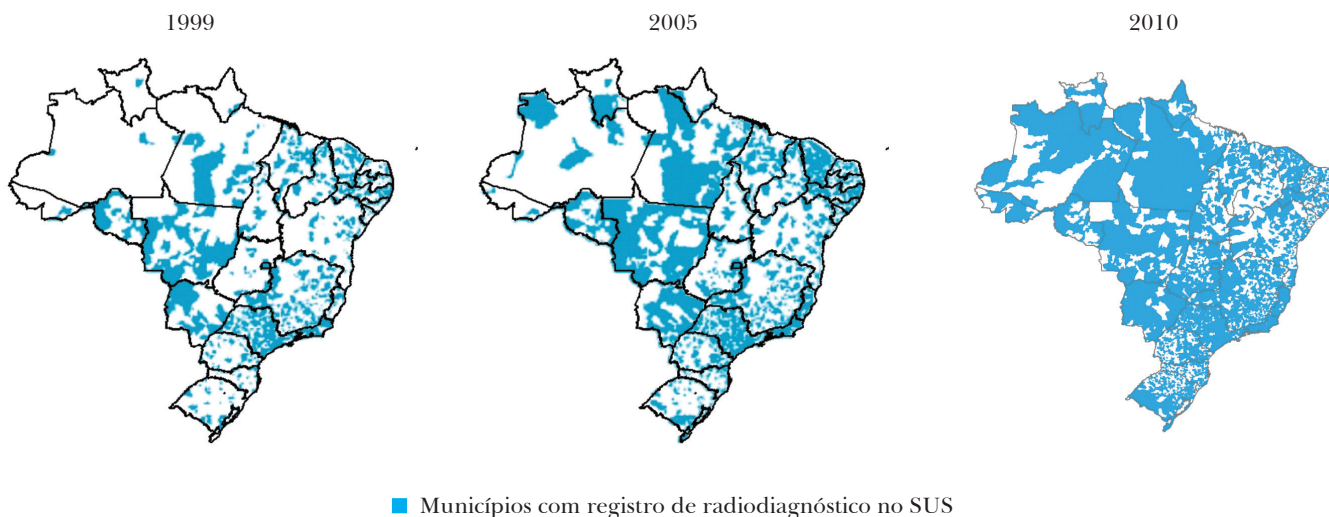
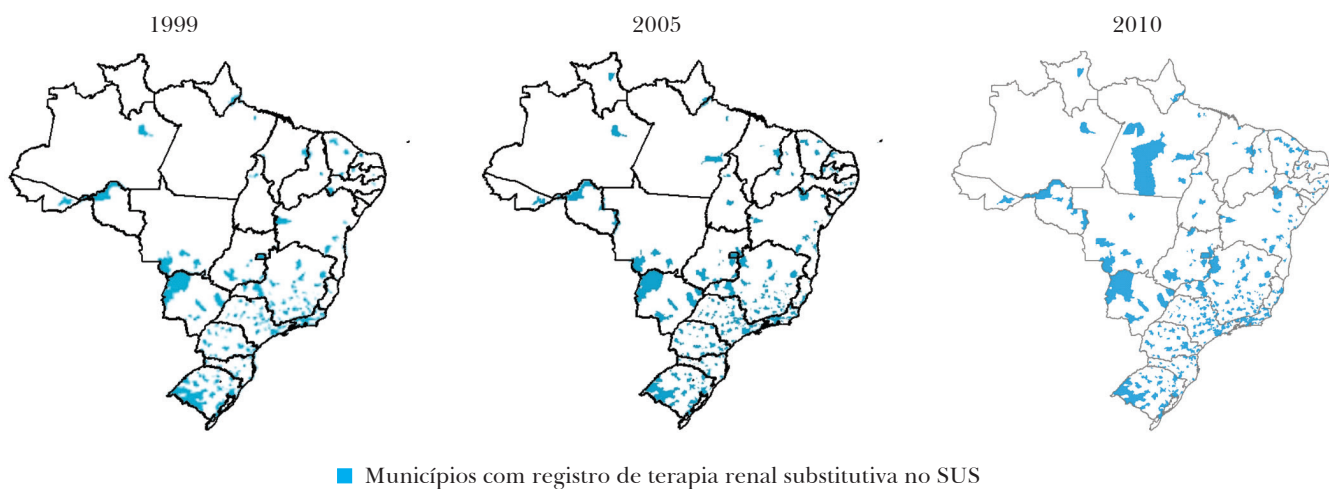
Municípios com registro de radiodiagnóstico no SUS

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Figura 4 – Evolução do número de municípios com registro de terapia renal substitutiva no SUS. Brasil – 1999, 2005 e 2010

1999 2005 2010

Municípios com registro de terapia renal substitutiva no SUS

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

É importante destacar que, para ampliar a oferta, o aumento proporcional nos gastos é muito superior ao efetivado na produção, em razão dos custos crescentes na área da saúde e da necessidade de se elevarem os valores de tabela dos procedimentos para induzir a ampliação da sua oferta. Podemos tomar como exemplos a situação da oferta de ultrassonografia pelo SUS, a qual, entre 2000 e 2005, teve um aumento de 50% na produção acompanhado da elevação de 172% nos gastos, e a terapia renal substitutiva ambulatorial, que nesse mesmo período ampliou a oferta em mais 43%, com elevação de gastos na ordem de 74%.

Os desafios para a atenção especializada

O aumento da produção não foi suficiente para a qualificação da assistência prestada. Existem problemas históricos e recorrentes a serem resolvidos na assistência ambulatorial de média complexidade, tais como ausência de planejamento; não observação das necessidades/perfil da população; acesso baseado na oferta de serviços; incorporação tecnológica acrítica; serviços com baixa resolubilidade; baixos investimentos em qualificação profissional; insuficiência dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes; e baixa regulação da oferta existente pela gestão pública.

A média complexidade tornou-se um dos principais 'gargalos' do SUS, por um lado, pela forte expansão da atenção básica nos últimos anos, gerando intenso aumento da demanda por Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e procedimentos especializados como necessidade identificada a partir da atenção básica; por outro lado, por representar – ainda em muitas situações – a porta de entrada real do usuário no sistema e também pela existência de um conjunto de inovações tecnológicas em saúde que excede a capacidade de oferta atual do SUS. Nesse estrangulamento, destacam-se as consultas médicas especializadas e os procedimentos de patologia clínica e diagnóstico por imagem (principalmente radiologia e ultrassonografia). Contudo, existem evidências de que, em muitas regiões, esse déficit não existiria (ou não seria tão intenso) se fossem adotados protocolos assistenciais e ações de regulação, evitando a solicitação desnecessária e abusiva de determinados procedimentos (o que é particularmente relevante no caso da patologia clínica).

Relacionando o número de consultas médicas especializadas com o número de solicitações de procedimentos de patologia clínica por estado, observa-se que, além de a produção desses procedimentos se encontrar acima dos parâmetros estabelecidos (portaria n. 1.101/02, do Ministério da Saúde), existem profundas diferenças no padrão de oferta entre os diversos estados. Outra grande desigualdade é evidenciada na distribuição dos equipamentos de raios X e de ultrassonografia, com vários estados possuindo capacidade instalada insuficiente, considerando os parâmetros de necessidade (Gráfico 1).

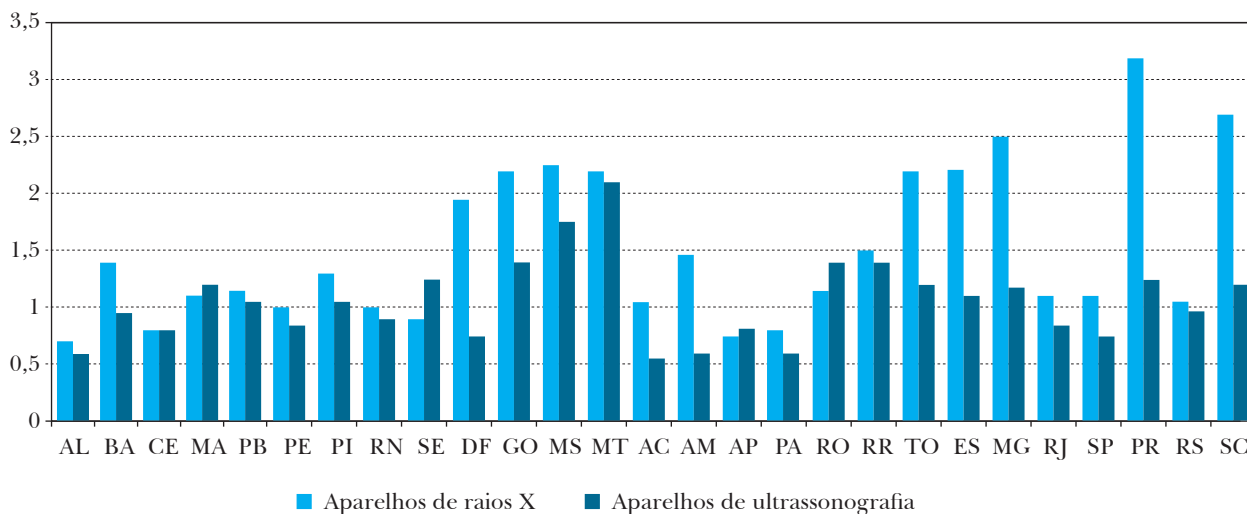
Os sistemas de referência ainda são insuficientemente organizados e os fluxos pouco regulados, mas observam-se avanços progressivos na organização de sistemas de referência. Levantamento feito pelo Ministério da Saúde, em 2005 identificou a operação de apenas 69 Centrais de Marcação de Consultas, concentradas no Sudeste, enquanto em 1996 havia apenas uma central no país. Todavia, em 2011, 621 centrais de regulação de serviços de saúde estão registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Parte dessas centrais tem abrangência regional ou estadual e é responsável pela regulação do acesso aos serviços especializados de uma região geográfica maior, concentrando população

e proporcionando economia de escala para serviços de uso menos frequente. Em geral, estão situadas nos municípios-polo que concentram maior número de serviços. Além dos habitantes do município, atendem pacientes referenciados da região, responsabilidade assumida no processo de programação regional denominado Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Gráfico 1 – Distribuição de aparelhos de raios X e de ultrassonografia (equipamentos por mil habitantes) segundo unidade federada. Brasil – 2005

3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0

AL BA CE MA PB PE PI RN SE DF GO MS MT AC AM AP PA RO RR TO ES MG RJ SP PR RS SC

Aparelhos de raios X   Aparelhos de ultrassonografia

Fonte: IBGE, 2006.

A baixa regulação pode ser evidenciada de forma gritante em determinados procedimentos, como é o caso da realização de tomografias e exames de ressonância magnética. Entretanto, a prevalência de interesses econômicos oriundos da produção desnecessária de procedimentos e a ineficiente regulação do acesso e do cuidado, inclusive das indicações clínicas para a realização de exames, não são práticas exclusivas do sistema público brasileiro, uma vez que são observadas também na área da saúde suplementar e em outros países. Tome-se como exemplo a razão de procedimentos entre os Estados Unidos e o Canadá, países com modelos de saúde baseados em distintas lógicas de oferta de serviços, organização e financiamento (Tabela 9). Ou observe-se a distribuição de equipamentos de tomografia computadorizada por habitante em diferentes países (Tabela 10).

Em 2005, foram realizados pelo SUS, em todo o Brasil, 1,13 procedimento de ressonância magnética para cada mil habitantes. Essa oferta ampliou para 1,66 exame por mil habitantes em 2008, alcançando 2,57 em 2010 (mais do que dobrou em apenas cinco anos). Neste último ano analisado, essa distribuição teve valores menores que 1,0 apenas em Alagoas, Sergipe, Amapá, Goiás e Mato Grosso do Sul; 18 unidades federadas ficaram abaixo da média nacional e nove acima desse valor; para os três anos analisados, os maiores valores foram observados em Roraima (9,37 em 2010 – 3,6 vezes maior que o valor médio nacional), Distrito Federal, Amazonas e Rondônia (Tabela 11). Chama a atenção o fato de que das quatro unidades com mais exames *per capita* três delas estão entre as que apresentam, em geral, menores coberturas assistenciais e maiores dificuldades de acesso da população a ações e serviços de saúde. Desde 2002, quando começaram a ser registrados exames de ressonância magnética pelo SUS em Roraima, a produção *per capita* desse procedimento neste estado vem se mantendo elevada. Não há justificativa técnica ou assistencial para essa distribuição.

Tabela 9 – Razão de procedimentos entre Estados Unidos e Canadá

Ressonância magnética	8,0/1
Radioterapia	7,4/1
Cirurgia cardíaca	2,7/1

Fonte: Mendes, 2001: 87.

Tabela 10 – Tomógrafos por habitante

Austrália	1/50.000
Suécia	1/72.000
Canadá	1/85.000
Brasil	1/106.210
Reino Unido	1/172.400

Fonte: Mendes, 2001: 87.

Tabela 11 – Exames de ressonância magnética realizados pelo SUS por mil habitantes por unidade federada. Brasil – 2005, 2008 e 2010

Unidade da federação	Exames de RM por mil hab.		
	2005	2008	2010
Roraima	11,62	8,74	9,37
Distrito Federal	7,77	7,77	7,21
Amazonas	5,46	4,58	4,93
Rondônia	1,79	4,34	4,84
São Paulo	1,72	2,37	3,96
Pernambuco	1,34	2,85	3,87
Mato Grosso	1,01	2,01	3,06
Santa Catarina	1,14	1,40	2,81
Bahia	1,69	1,69	2,63
Total Brasil	1,13	1,66	2,57
Pará	1,25	2,35	2,51
Rio Grande do Norte	0,93	2,03	2,49
Espírito Santo	0,42	0,89	2,27
Rio Grande do Sul	0,69	1,48	2,17
Tocantins	0,0	1,06	1,98
Maranhão	0,89	1,04	1,98
Ceará	1,01	1,14	1,86
Rio de Janeiro	0,23	0,54	1,67
Paraná	0,24	0,53	1,64
Acre	0,0	1,19	1,61
Goiás	0,22	0,83	1,55

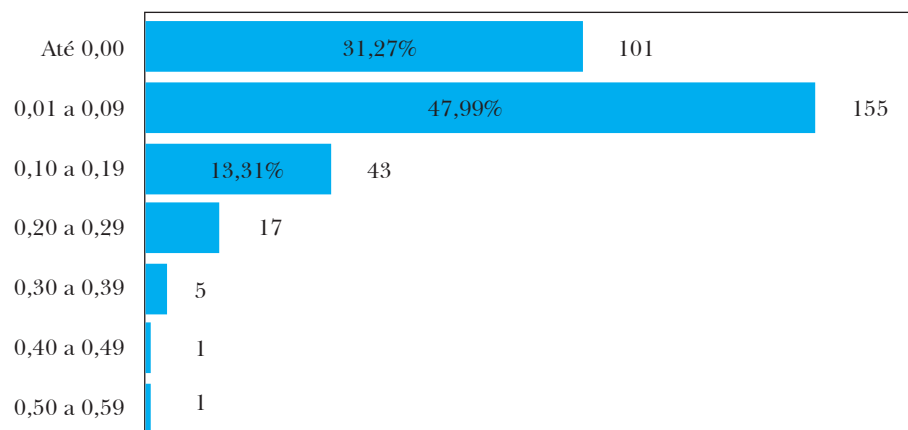
Tabela 11 – Exames de ressonância magnética realizados pelo SUS por mil habitantes por unidade federada. Brasil – 2005, 2008 e 2010 (cont.)

Unidade da federação	Exames de RM por mil hab.		
	2005	2008	2010
Paraíba	0,29	0,91	1,43
Mato Grosso do Sul	0,09	1,19	1,38
Minas Gerais	0,32	0,75	1,09
Piauí	0,67	0,85	1,08
Amapá	0,0	1,77	0,96
Sergipe	0,56	1,67	0,83
Alagoas	0,03	0,35	0,55

Obs.: Situação da base de dados nacional em 29 jul. 2011, sujeita a novas atualizações.
Ordenação de forma decrescente de acordo com o número de exames por 1.000 hab. em 2010.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

A inadequação na programação da oferta dos serviços e a ausência de integralidade na configuração do perfil assistencial na atenção ambulatorial especializada agravam esse cenário. No primeiro semestre de 2005, dos 323 municípios que realizavam terapia renal substitutiva (TRS), 101 (31%) deles não ofereceram consultas médicas em nefrologia pelo SUS; em 155 (48%) foram realizadas menos de 0,1 consulta em nefrologia para cada sessão de diálise e hemodiálise; e apenas dois municípios (0,6%) tiveram 0,4 ou mais dessas consultas especializadas por sessão de TRS (Gráfico 2). Como a remuneração pela tabela do SUS paga valores muito baixos pela consulta especializada – ao passo que apresenta valores competitivos para os procedimentos de terapia renal substitutiva –, as consultas tendem a não ser realizadas se não houver forte indução da gestão do sistema.

Gráfico 2 – Distribuição dos municípios segundo a relação entre o número de consultas médicas em nefrologia e sessões de diálise e hemodiálise realizadas pelo SUS. Brasil – primeiro semestre de 2005

Obs.: Dos 323 municípios com realização de TRS, 101 não oferecem consultas médicas em nefrologia pelo SUS.
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2011b).

Considerações finais

Este capítulo teve como objetivo apresentar uma visão panorâmica da situação atual da atenção especializada no SUS, apresentando os seus grandes desafios e os principais movimentos existentes visando a reduzir as desigualdades na oferta e aumentar o acesso da população a esse amplo conjunto de procedimentos.

Os acúmulos até o momento efetivados ainda são insuficientes para superar os obstáculos existentes, conformados em sua grande maioria pela configuração de uma oferta em muitos casos insuficiente e, em outros, desregulada, mais condicionada por questões de mercado e menos pelas necessidades de atenção à saúde.

Apresenta-se, então, a exigência cada vez maior aos gestores públicos do desenvolvimento de competências e capacidades gerenciais e administrativas para o exercício das funções de regulação, controle e avaliação, constituindo novas relações público-privadas pautadas pela transparência e garantia das necessidades coletivas e do interesse público.

Leituras recomendadas

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set. 1997.

LOPES, C. R. Palmas para a luta do MP! *Radis*, 39: 11, 2005.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. *In*: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. & REIS, A. (Orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 501-520, 2003.

SOLLA, J. J. S. P. *Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: avaliação da implementação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Sites de interesse

Datasus – informações de saúde no Brasil: www.datasus.gov.br

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Referências

Brasil. Decreto presidencial 7.508, 28 jun. 2011. Regulamenta Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 29 jun. 2011a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: out. 2011b.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set. 1997.

CHIORO DOS REIS, A. A. & SCAFF, A. J. M. *Saúde e Cidadania*. Santos: Consaúde, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM n. 1.973/2011. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm>. Acesso em: set. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*. Brasília: Conass, 2003.

DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2004*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: abr. 2006.

DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2009*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: out. 201.

FONSECA, R. B. & DAVANZO, A. M. Q. Estudo para o regionalismo do SUS. *In*: VIANA, A. L. & NEGRI, B. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: abr. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009*. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: out. 2011.

MENDES, E. V. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. I e II.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.

MESQUITA, A. S. & SILVEIRA, L. T. *A Clínica a Favor dos Sujeitos: especialidades, hard core do SUS*. Santos: Página Aberta, 1996.

PURSAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. *In*: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. & REIS, A. (Orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 501-520, 2003.

SILVA, S. F. *A Construção do SUS a partir do Município*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 5(4): 493-503, 2005.

18. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências

Francisco Campos Braga Neto
Pedro Ribeiro Barbosa
Isabela Soares Santos
Celina Maria Ferro de Oliveira

O hospital, para ser compreendido, deve ser visto como um órgão da sociedade, partilhando suas características, mudando de acordo com as transformações da sociedade da qual faz parte e levando para o futuro provas de seu passado.

George Rosen

Ao longo das duas últimas décadas, os sistemas nacionais de saúde têm sido objeto de profundas e sucessivas transformações nas suas orientações políticas, nos padrões de financiamento e nos princípios e diretrizes relativos à organização da rede de serviços e ao modelo de atenção à saúde até então adotado (Contrandioupoulos, 1996; Saltman, Figueras & Sakerllarides, 1998; Mendes, 2001; McKee & Healy, 2002).

Não obstante todas as mudanças nos sistemas de saúde e os questionamentos daí advindos sobre o papel da assistência hospitalar na atenção à saúde, os hospitais seguem ocupando um papel-chave na prestação de cuidados de saúde: 1) do ponto de vista técnico-assistencial, ao seguirem concentrando os saberes e as tecnologias mais especializadas; 2) do ponto de vista financeiro, uma vez que os gastos hospitalares em média representam cerca da metade dos gastos nacionais em saúde (McKee & Healy, 2000); 3) do ponto de vista simbólico, já que a mídia e a população continuam a vê-los de uma forma emblemática, como o lócus privilegiado para o exercício da medicina moderna e a verdadeira expressão de um sistema de saúde. Afinal, é nessas instituições que a maior parte das pessoas continua a nascer, a receber assistência em situações mais graves e também a morrer. Tampouco surpreende que as matérias jornalísticas, ao abordarem temas como as novas possibilidades diagnósticas e terapêuticas ao alcance dos cidadãos, ou ao se reportarem aos problemas de funcionamento nos serviços de saúde, invariavelmente voltem suas atenções para o universo hospitalar.

Ao mesmo tempo, no contexto de reformas dos sistemas de saúde, são notórias as mudanças pelas quais os hospitais têm recentemente passado. Essas mudanças compreendem não só a redefinição do papel da assistência hospitalar nos sistemas de atenção à saúde como a reorganização interna desses estabelecimentos. No âmbito assistencial, mediante a

incorporação de novas tecnologias e a adequação do espaço físico interno, observam-se a implantação e a difusão de novas formas de prestação de cuidados – por exemplo, a cirurgia ambulatorial e o hospital-dia. Na esfera administrativa, as preocupações em torno do uso mais eficiente dos recursos disponíveis têm-se traduzido em um forte movimento em prol de uma maior profissionalização da gestão desses estabelecimentos, acompanhado pela adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação.

Em suma, se é incontestável que os hospitais permanecem desempenhando um papel extremamente importante na prestação de cuidados à saúde, não é menos verdadeiro que o período recente é marcado pela introdução de diversas inovações nessas instituições, seja em relação ao escopo das atividades ali ofertadas, seja no que tange à sua maior integração à rede de serviços, ou ainda no que diz respeito à forma de geri-los, com a emergência de novos modelos de gestão hospitalar (Opas, 2004).

Veja uma análise detalhada das mudanças recentes introduzidas nos sistemas nacionais de saúde no capítulo 25.

Este capítulo está estruturado de acordo com a seguinte sequência: após uma breve introdução, a primeira parte tem o propósito de apresentar a definição consagrada para os estabelecimentos hospitalares, os critérios usualmente empregados para classificá-los e os diferentes tipos de hospitais. A segunda parte mostra, de forma sucinta, a trajetória histórica da instituição hospitalar, desde a sua origem até os dias atuais. A seguir, discute-se a relação do hospital com os sistemas de atenção à saúde, com ênfase no novo papel que lhe é atribuído, quando inserido em uma rede integrada de serviços de saúde. Nos tópicos subsequentes, são apresentadas tendências internacionais e nacionais atualmente observadas na oferta e na utilização de assistência hospitalar. Finalmente, focalizam-se as políticas e as estratégias para a área hospitalar adotadas recentemente pelo Ministério da Saúde e discutem-se os regimes administrativos dos hospitais brasileiros.

Hospital: conceito e tipos

Ao longo do século passado, a assistência médico-hospitalar tornou-se muito mais complexa, especializando-se bastante. Os estabelecimentos hospitalares, por sua vez, diversificaram-se enormemente. Hoje são vários os tipos de hospitais existentes: hospitais gerais; hospitais especializados; hospitais de emergência; hospitais de ensino e pesquisa; hospitais locais; hospitais de referência; hospitais de agudos; hospitais de apoio etc. O termo ‘hospital’, na verdade, se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde.

Leito hospitalar
Cama numerada e identificada que se destina à internação de um paciente dentro de um hospital. O leito se localiza em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital. O leito está vinculado a uma unidade de internação de um serviço.

Internação
Forma de cuidado sob a qual os pacientes são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou superior a 24 horas.

De toda maneira, por mais diversificados que sejam esses estabelecimentos, preservam uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia. É justamente essa atividade peculiar – a hospitalização –, que só pode ocorrer no interior deste ambiente organizacional, que confere a eles uma identidade própria. Ou seja, o que nos permite nomear uma organização como um hospital é a oferta, por parte desta instituição, de serviços de assistência à saúde em regime de internação.

A seguir, as definições mais comuns usadas para o termo hospital:

> Estabelecimento de saúde destinados a prestar assistência médica e hospitalar a pacientes em regime de internação. (Brasil, 2004b: 61)

> Estabelecimento com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo 24h ao dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos adoentados ou feridos que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos e que, para tal fim, conta com ao menos um profissional médico em seu quadro de funcionários. O hospital também pode prestar atendimento ambulatorial (European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 – tradução livre dos autores).

Cabe, no entanto, ressaltar que a prestação de cuidados em regime de internação não é uma característica suficientemente distintiva e exclusiva das unidades hospitalares. Existe em nosso meio um outro tipo de estabelecimento, a unidade mista, que dispõe de alguns leitos e que presta tal forma de cuidado, ainda que não seja considerado um hospital, visto o seu pequeno porte e a baixa complexidade das atividades por ele prestada.

Unidade integrada (Unidade mista)
Estabelecimento composto por um centro de saúde e uma unidade de internação com características de hospital local.

Formas de classificação hospitalar

O crescente interesse em se conhecer melhor e avaliar as características e as tendências da oferta hospitalar, em termos nacionais e internacionais, teve por consequência a elaboração de sistemas de classificação dos estabelecimentos hospitalares, de modo a permitir a comparação mais consistente dessas unidades.

Em geral, os sistemas de classificação hospitalar fazem uso de um dos seguintes critérios classificatórios:

1) O porte dos estabelecimentos, resultando em: hospital de pequeno porte: capacidade de até 50 leitos; hospital de médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos; hospital de grande porte: capacidade de 151 a 500 leitos; hospital de capacidade extra: capacidade acima de 500 leitos (Brasil, 2004b).

2) O perfil assistencial dos estabelecimentos: por exemplo, hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa.

3) O nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: hospital de nível secundário, de nível terciário ou quaternário.

4) O papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

É importante advertir que essas diferentes formas de categorização não são mutuamente excludentes, observando-se, por vezes, superposições e ou redundâncias entre essas tipologias.

Além disso, os hospitais também costumam ser caracterizados conforme o seu regime de propriedade: se público ou privado. Os públicos são descritos de acordo com a esfera de governo à qual pertencem – isto é, federal, estadual ou municipal – e em razão da modalidade jurídico-institucional sob a qual operam – se da administração pública direta ou, quando da indireta, como uma autarquia, uma fundação ou mesmo uma empresa estatal.

Já os estabelecimentos hospitalares privados são usualmente classificados como entes com fins lucrativos ou sem fins lucrativos, nesse caso beneficentes ou filantrópicos. Também é comum a indicação referente ao tipo de clientela à qual prestam serviço, pois o atendimento

pode ser feito a pacientes do SUS – caso dos hospitais privados contratados ou conveniados com o SUS –, a pacientes beneficiários de planos privados de saúde, e ainda a pacientes particulares que pagam do próprio bolso. A maior parte dos hospitais privados no Brasil atende a essas diferentes clientelas.

Fontes de dados e sistemas de informação sobre hospitais no Brasil

Existem no país alguns sistemas de informações que dispõem de dados referentes aos estabelecimentos hospitalares. Um deles é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ao qual todo e qualquer estabelecimento de saúde em funcionamento no território nacional deve se cadastrar e manter seus dados atualizados.

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) podem ser acessados no *site* do Datasus: <www.datasus.gov.br>. Siga o caminho: informações de saúde/rede assistencial/CNES.

O CNES contém informações detalhadas sobre toda a capacidade instalada dos hospitais, como o número e os tipos de leitos (se estão contratados ao SUS e em que quantidade), todo o parque de equipamentos existentes e em uso; se o atendimento à clientela inclui a demanda espontânea ou apenas a referenciada, os turnos de atendimento oferecidos etc. São encontrados dados também acerca da natureza jurídica do estabelecimento, do tipo de unidade em questão (conforme as seguintes categorias: hospital geral, hospital-dia isolado e hospital especializado) e do contingente de funcionários que lá trabalham.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realiza a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), com levantamento censitário dos recursos e da produção dos hospitais brasileiros. Tanto a AMS/IBGE como o CNES/SUS são fontes importantes para conhecer a distribuição da oferta de serviços hospitalares, sem o que não seria possível planejar as ações de saúde.

Informações do SIH/SUS podem ser encontradas no *site* do Datasus: <www.datasus.gov.br>. Siga o caminho: informações de saúde/produção hospitalar.

Outros dados importantes sobre a produção hospitalar são disponibilizados nos sistemas de informações do SUS, usados para efeito de pagamento. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) contém os dados da Autorização para Internação Hospitalar (AIH) do SUS, autorização que garante o pagamento do procedimento realizado. As AIH contêm informações relacionadas ao perfil do paciente, à causa da internação e aos procedimentos realizados durante a hospitalização, inclusive o valor pago.

Outra fonte de informações importante é a Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), instrumento que os hospitais devem preencher para informar ao Ministério da Saúde todos os procedimentos realizados em ambiente hospitalar que não tenham sido pagos pelo SUS. A CIHA contém praticamente as mesmas informações do SIH e é importante para dimensionar a produção hospitalar financiada de forma privada.

Informações da Pnad Saúde/IBGE podem ser acessadas no endereço: <www.ibge.gov.br>.

As informações sobre a produção e o financiamento das internações podem ser obtidas nos sistemas de informações governamentais mencionados e também na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do IBGE – Suplemento Saúde. As informações da Pnad permitem que os dados sobre o perfil dos pacientes e familiares (renda, sexo, educação, trabalho, residência etc.) sejam comparados com os dados relativos às internações, ao tratamento recebido (tratamento clínico, parto normal, parto cesáreo, cirurgia, tratamento psiquiátrico ou exames), ao tempo de permanência, às características do estabelecimento hospitalar, ao financiamento do serviço (se SUS, se plano privado ou desembolso direto) e ao grau de satisfação do paciente.

A evolução histórica do hospital

O hospital é uma instituição bastante antiga na história da humanidade. Ao longo de sua secular trajetória, os estabelecimentos hospitalares passaram por enormes transformações associadas, de um lado, às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que se sucederam; de outro, às grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos ocorridos na área biomédica.

Mesmo assim, não é difícil imaginar que o hospital dos dias atuais – tão moderno, complexo, especializado e tecnicista – em alguma medida conserva ainda parte desse seu passado, inscrito em seus símbolos, seus rituais e na sua cultura (Enriquez, 1997). Nesse sentido, o conhecimento acerca da evolução histórica da instituição hospitalar ajuda-nos a entender o hospital hoje, com as suas características singulares e perante os desafios de operar como uma unidade integrada à rede de serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de oferecer assistência de boa qualidade e de modo eficiente.

O hospital medieval

A importância de prestar assistência social em casos de doença ou de qualquer outro infortúnio desenvolveu-se bastante durante a Idade Média, tanto entre as populações muçulmanas quanto entre as judias e as cristãs. É justamente tal preocupação social que antecede a criação de hospitais nesse período (Rosen, 1979).

Os registros mais antigos sobre o aparecimento do hospital remontam aos primeiros séculos da era cristã, durante o Império Bizantino, mais precisamente ao início do século IV d.C., após a conversão do imperador Constantino ao cristianismo. Conforme Porter (2004) assinala, tal aparecimento não consiste em mero acaso. Esse processo ocorreu em um contexto no qual vigorava a crença nos milagres de cura realizados por Cristo e na virtude suprema e redentora do ato de caridade para os cristãos. Em tal momento histórico, os hospitais surgem associados às ordens religiosas e funcionam sob a sua tutela e orientação. Tudo nesses hospitais encontra-se marcado por uma orientação cristã, desde a organização interna, a administração, o suporte econômico até a forma de cuidado dos enfermos. Não custa lembrar que alguns desses estabelecimentos, durante o período medieval, foram chamados como as "Casas de Deus" (Hôtel Dieu, em Paris) ou "Casas de misericórdia".

A missão dos hospitais na época não se voltava propriamente para a cura de pacientes. Em consonância com o seu *ethos* estritamente religioso e, ao mesmo tempo, divorciado do exercício da medicina, a assistência ali prestada prendia-se mais à salvação espiritual dos homens do que à material. Tais hospitais cumpriam, antes de tudo, um papel no processo de transição entre a vida e a morte. No entanto, eles desempenhavam concomitantemente uma outra função, operando também como uma instituição de separação e exclusão social. Em uma época na qual a miséria e a enfermidade encontravam-se bastante associadas, o hospital era uma instituição basicamente destinada aos pobres, representava um espaço de refúgio e de recolhimento daqueles que necessitavam de cuidado, e que, na condição de doentes, constituíam uma ameaça às coletividades. Logo, na mesma medida em que os acolhe, o hospital retira a população pobre e enferma do convívio social (Foucault, 1979).

Ao longo da Idade Média, esse modelo de hospital se difunde por todo o continente europeu. Ao final do século XV, a Europa, sobretudo nas grandes cidades, já se encontrava

coberta por uma extensa rede de hospitais (Riera, 1985). Contudo, o hospital medieval ainda está longe de ser uma instituição médica ou de se constituir em efetivo espaço terapêutico. Somente na segunda metade do século XVIII são estabelecidas as bases fundacionais do hospital moderno (Foucault, 1979).

O surgimento do hospital moderno

> *Talvez pareça estranho enunciar, como primeiríssimo requisito de um hospital, o princípio de que ele não deve causar danos.*
>
> Florence Nightingale

A passagem do hospital medieval ao hospital moderno envolve mudanças substanciais. A primeira delas diz respeito à progressiva secularização da instituição hospitalar, tendência em curso desde o último período da Idade Média. No contexto das profundas mudanças políticas, econômicas e culturais que marcam aquela época de transição social, a assistência aos pobres torna-se uma responsabilidade dos Estados e das cidades. A prestação de cuidados hospitalares pouco a pouco também deixa de ser uma atribuição exclusiva da Igreja. A partir de então, os hospitais passam a pertencer mais às administrações das cidades do que às ordens religiosas e são mantidos mais por fundos públicos do que pela caridade privada. Esse novo arranjo social, mais distanciado dos preceitos religiosos, propicia parte das condições para que a instituição hospitalar gradativamente se constitua em um espaço de estudos, investigação, tratamento e formação médica (Rosen, 1979).

Entretanto, a conversão do hospital em um instrumento terapêutico ocorrerá apenas durante o século XVIII. Essa transformação derivou das profundas alterações econômicas e sociais associadas à primeira Revolução Industrial e do surgimento, em resposta direta às mudanças em curso, de uma nova mentalidade e atitude social diante dos problemas comunitários.

Sob a égide de valores, como ordenação, eficiência e disciplinamento do mundo do trabalho e da vida urbana, surgiu um novo olhar sobre a assistência aos pobres e a instituição hospitalar. Atendendo a razões políticas, sociais e às convicções sanitárias da época, esse foi o momento da construção de grandes hospitais gerais em todas as cidades da Europa. Em Londres, por exemplo, surgem o Guy's Hospital (1724) e o London Hospital (1740).

O século XVIII é período também de realização de estudos, desenvolvidos por meio de viagens-inquéritos, direcionados para a observação sistemática e comparada dos serviços hospitalares. Estabelecem-se assim correlações entre os tipos de pacientes internados, os padrões arquitetônicos vigentes e as taxas de mortalidade observadas. Constata-se que os hospitais não funcionavam tão bem como deveriam. E não é mais admissível que os hospitais sigam funcionando como verdadeiros morredouros. Assim, durante esses anos, desenrolam-se diversas iniciativas voltadas para a modernização das dependências hospitalares.

A questão do hospital durante o século XVIII é fundamentalmente a do espaço, tanto no que diz respeito a uma melhor localização na malha urbana quanto à melhor distribuição dos pacientes no seu interior. Busca-se ordenar o ambiente confuso do hospital, acreditando-se que tal medida possa reduzir os efeitos nocivos desse ambiente insalubre. A orientação adotada no processo de reorganização hospitalar ainda não é médica, funda-se na aplicação

da disciplina – técnica centrada na análise do espaço que implica a vigilância constante dos indivíduos e o registro permanente dessas observações (Foucault, 1979).

Ao lado do processo de disciplinamento do espaço hospitalar, outros dois fatores concorrem de forma decisiva para a conformação do hospital moderno. De um lado, os médicos conquistam um maior grau de legitimidade social e, por intermédio de suas corporações, tornam-se atores cada vez mais influentes no debate social sobre as questões de saúde. De outro lado, observa-se no mesmo período a consagração de uma nova concepção teórica sobre o processo de saúde-doença, teoria segundo a qual a doença é compreendida como um fenômeno natural, obedecendo a leis naturais e originando-se da ação do ambiente sobre o indivíduo. Os recursos naturais – a água, o solo, o ar e os alimentos – constituem o meio pelo qual os indivíduos adoecem.

Na vigência de tal concepção, o ato terapêutico deve voltar-se não propriamente para o doente ou a doença, mas para aquilo que está ao seu redor – o ar que o paciente respira, a água e os alimentos que ingere, a temperatura e a luminosidade locais etc. Trata-se de uma intervenção que visa a controlar o ambiente no qual o paciente se encontra (Foucault, 1979). Logo, não cabe mais proceder a tal intervenção no domicílio do paciente; essa medicina exige um lugar próprio para isso, um espaço especificamente concebido e organizado com essa finalidade, espaço que funcione em conformidade e sob o controle médico. Essas são as circunstâncias em que a medicina se torna hospitalar e o hospital se medicaliza, circunstâncias essas que fundam o hospital moderno.

A consagração do hospital como o espaço de excelência da prática médica

> *O hospital de hoje está para a medicina como a catedral para a religião e o palácio para a monarquia.*
>
> Porter

O século XIX marca o início de um período de extraordinário progresso científico e tecnológico em diversos campos do conhecimento. Inaugura-se nesse momento a era de uma ciência pública, financiada pelo Estado e desenvolvida nas universidades e nos institutos de pesquisa. Os avanços então alcançados nas ciências básicas – na física e na química – e, mais tarde, na área biomédica, com o surgimento de campos como a bioquímica e a microbiologia, irão gradativamente selar o entrelaçamento da instituição hospitalar com a medicina moderna.

No início do século XIX, ganha notoriedade a 'medicina anatomoclínica' – de Corvisart, Laennec, Bichat e Bretonneau, pertencentes à então chamada Escola de Paris. Fruto da maior aproximação entre médicos e cirurgiões, tal corrente assume uma orientação fortemente empírica, como, por exemplo, a prática sistemática de autópsias. Com a nova escola de pensamento médico, ganha terreno uma outra percepção da doença, vista agora como o resultado de lesões orgânicas.

Essa prática médica incorpora também técnicas e instrumentos recém-descobertos para a realização do exame físico – a percussão, a auscultação. Sob tal influência, a intervenção terapêutica orienta-se por uma nova perspectiva, centrada no exame clínico do paciente, na interpretação dos sinais e sintomas manifestos, o que implica a observação contínua junto ao leito. A instituição hospitalar passa, então, a representar o espaço ideal para que os médicos

examinem, tratem e investiguem essas condições mórbidas, para que experimentem novas técnicas semiológicas e procedimentos terapêuticos e, naturalmente, para que os novos profissionais médicos sejam formados (Adam & Herlizlich, 2001). A medicina da época consiste na ciência da observação, a ser aprendida nos pavilhões hospitalares, locais onde há um material clínico incomparável, seja pela quantidade, seja pela diversidade dos casos internados.

Sucessivas inovações, introduzidas durante a segunda metade desse mesmo século, são decisivas para transformar o moderno hospital de orientação médica em um ambiente mais seguro, onde são prestados serviços mais efetivos. Acompanhando as mudanças na área médica, então em fase de franca especialização, a assistência de enfermagem é alvo também de profundas transformações. Imediatamente após o sucesso de Florence Nightingale como enfermeira na Guerra da Crimeia (1853-1856), a enfermagem se profissionaliza, mediante o estabelecimento de um novo sistema e programa de formação profissional em diversas partes do mundo (Riera, 1985).

A descoberta e o emprego de novas substâncias anestésicas – o éter desde 1842 e, um pouco mais adiante, o clorofórmio – e de medidas de antissepsia mudam radicalmente as condições da prática cirúrgica, aumentando as suas possibilidades de sucesso. O uso de anestésicos viabiliza a realização de operações cirúrgicas mais complexas e traumáticas, insuportáveis até então. A adoção de normas mais rigorosas de higiene e o emprego disseminado de antissépticos para a esterilização do instrumental cirúrgico e desinfecção do ambiente hospitalar resultam, por sua vez, em uma drástica redução das taxas de mortalidade dos pacientes cirúrgicos.

> Em 1900, as operações já não eram um espetáculo pouco edificante de cirurgiões vestidos de jalecos coalhados de sangue, manejando o bisturi em salas encardidas, com o piso coberto de serragem. As máscaras faciais, as luvas de borracha e os aventais cirúrgicos reduziram os riscos de infecção, e os ambientes esterilizados tornaram-se imperativos. Estava surgindo a moderna sala de cirurgia, imaculada e reluzente, e os índices de sucesso se elevaram. (Porter, 2004: 155-156)

Por fim, duas outras inovações do último quarto do século XIX contribuem enormemente para o desenvolvimento de uma medicina cada vez mais científica e hospitalar. A primeira associada aos trabalhos de Pasteur, Koch e seus seguidores e à formulação da teoria microbiana, com a explicação para a etiologia das doenças infecciosas. Afinal, o desenvolvimento da bacteriologia, afora abrir caminho para a produção de vacinas, amplia bastante o papel das provas laboratoriais como recurso tecnológico na obtenção de diagnósticos mais precisos.

A segunda importante inovação a destacar nesse período diz respeito à descoberta dos raios X, por Wilhelm Roentgen, em 1895. Descoberta a partir da qual será possível ao médico agregar ao olfato, ao tato e à audição um quarto sentido – a visão – como instrumento para detectar e, muitas vezes, tratar uma doença. Descoberta que rapidamente se difunde e se desdobra em serviços hospitalares de raios X (Friedman & Friedland, 2006).

Em suma, ao longo das primeiras décadas do século XX, a aplicação desse conjunto de inovações altera de forma substantiva as condições de prática e as possibilidades terapêuticas da medicina moderna, às custas do emprego mais intensivo de tecnologias pesadas e dispendiosas, que devem ficar concentradas no hospital – estabelecimento-sede da medicina de ponta.

Em um curto intervalo de tempo, a oferta de estabelecimentos e leitos hospitalares nos países desenvolvidos sofre uma expansão vertiginosa. Nos Estados Unidos, por exemplo, até

1873 existiam apenas 149 hospitais, contando com 35.453 leitos. Cinquenta anos mais tarde, o parque hospitalar naquele país envolvia 6.762 estabelecimentos, somando um montante de 770.375 leitos (Rosen, 1979).

A medicina conquista de vez legitimidade social, e o hospital passa a desfrutar de uma outra imagem junto ao público. Agora, em vez do pavor ante a possibilidade de serem internadas, as pessoas, quando enfermas, desejam ser lá tratadas. Encontram-se, desse modo, configuradas as bases do modelo de atenção à saúde que irá predominar durante o século XX.

O pós-guerra, a criação dos sistemas nacionais de saúde e o *boom* dos hospitais

O período que se estende do pós-guerra até meados dos anos 70 constitui a chamada 'era de ouro' da assistência médico-hospitalar, e um conjunto de circunstâncias concorre para isso. A partir de 1945, os países ocidentais experimentam um novo padrão de desenvolvimento econômico e social. Ancorados em condições políticas, econômicas e sociais favoráveis e em altas taxas de crescimento, essa é a época em que os chamados Estados do Bem-Estar Social (*Welfare States*) se configuram e em que há uma marcada expansão das políticas sociais nesses países como discutido no capítulo 1.

Saiba mais sobre o processo de instauração dos sistemas nacionais de saúde lendo o capítulo 3.

A assistência à saúde, como um importante componente de tais políticas, não fica ao largo de tal dinâmica social. No decorrer desses anos, grande parte dos países europeus reconhece o direito à saúde como um direito do cidadão e desenvolve sistemas nacionais de saúde como estratégia para a garantia do acesso gratuito e universal à saúde.

A implantação desses sistemas envolveu a ampliação da oferta de serviços à população e o aumento dos recursos públicos investidos na área da saúde. E a expansão da oferta em geral se faz com a reprodução e o aprofundamento de um modelo de atenção à saúde, de base hospitalar, a esta altura já internacionalmente consagrado, ainda que a atenção primária se tenha também expandido com atribuição diferenciada na porta de entrada, principalmente em países com serviços nacionais de saúde, como discutido no capítulo 16 deste livro.

O período que se segue à Segunda Guerra Mundial é, portanto, de difusão e radicalização de um determinado padrão de assistência à saúde, fundado no hospital moderno, organização idealmente projetada em edificações arrojadas, que abriga um grande número de leitos, que busca reunir o mais amplo e diversificado corpo de especialistas e concentrar o mais atualizado e completo parque de equipamentos. Organização que opera presa à lógica de tentar prestar todo e qualquer tipo de serviço e procedimento de saúde.

Consulte o capítulo 15 para mai s informações sobre modelos assistenciais.

O hospital, assim, exerce um papel destacado no processo de atenção. Símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente, ele se torna o centro dos sistemas de saúde; e os sistemas de saúde cada vez mais configurados à sua feição são chamados de hospitalocêntricos.

Modelo hospitalocêntrico

Modelo de atenção à saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial de atenção básica, tanto preventivas quanto curativas. O modelo brasileiro de atenção, em especial toda a atenção médica previdenciária, foi fortemente estruturado com base na atenção médico-hospitalar-curativa. Este modelo passou a ser fortemente questionado a partir do fim dos anos 70.

Essa etapa da organização da atenção médico-hospitalar se desenrola mediante a incorporação, de modo mais intenso, de novas tecnologias no cuidado ao paciente. Tendência que se manifesta desde o pós-guerra, com a aplicação dos conhecimentos adquiridos pela medicina militar, como a transfusão segura de sangue, a descoberta da penicilina e a introdução de novas técnicas cirúrgicas para o tratamento do trauma, mas que sofrerá ainda maior aceleração durante as décadas seguintes (Healy & McKee, 2002). Tal arranjo social, sem dúvida, possibilita à medicina alcançar resultados espetaculares. Em contrapartida, o modelo hospitalocêntrico acarreta um crescimento enorme e incessante dos custos assistenciais.

Assim, o *boom* da medicina hospitalar e dos grandes estabelecimentos hospitalares no pós-guerra logo suscita preocupações no que tange às dificuldades para o seu financiamento e à necessidade de se pôr em prática uma gestão condizente com uma organização hospitalar, de tamanho porte e complexidade. Ao fim dos anos 50, particularmente nos Estados Unidos, a temática hospitalar invade tanto a agenda acadêmica, com a proliferação de estudos organizacionais dedicados ao assunto, como a agenda política, dadas as dúvidas acerca do seu futuro.

O *boom* dos grandes hospitais públicos

O surgimento dos grandes e modernos hospitais públicos no país ocorre, sobretudo, durante as décadas de 1940 e 1950, quando são abertos: o Hospital dos Servidores do Estado (RJ) em 1947, na época considerado o mais moderno estabelecimento hospitalar da América Latina; o Hospital Geral de Bonsucesso (RJ) em 1948; o Hospital da Lagoa (RJ) e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1944; o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em 1955 e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná em 1961.

Conforme Rosen (1979: 369) assinala:

> à medida que o hospital aumentava em tamanho e complexidade, que o desenvolvimento da medicina exigia o uso de equipamentos custosos, que as condições sociais e econômicas em mudanças alteravam o financiamento da atenção médica e criavam novos padrões de utilização hospitalar, as relações organizacionais dentro do hospital foram perturbadas e tornaram-se instáveis (...). Tendo-se tornado uma organização em larga escala, o hospital exige uma divisão organizacional de trabalho mais explícita e uma gestão mais eficiente e responsável. (...) A expectativa é de que uma crescente racionalidade administrativa caracterizará o desenvolvimento do hospital e que a prática do médico estará sob a contínua vigilância dos outros, não somente de seus colegas profissionais (...) Na verdade a própria natureza da organização em larga escala coloca problemas de eficiência administrativa e racionalidade, produtividade e responsabilidade de todo o pessoal, inclusive dos médicos.

Medidas voltadas para a modernização gerencial dos estabelecimentos hospitalares começam desde então a ser debatidas e experimentadas. No entanto, a crítica ao modelo hospitalocêntrico e a introdução de mudanças mais radicais no âmbito da assistência e da gestão hospitalar somente irão tomar corpo ao final da década de 1970. Naquele momento, ante a inflexão do padrão de desenvolvimento econômico e social do pós-guerra, as políticas de saúde nos países desenvolvidos sofrem profunda reorientação.

O contexto das reformas dos sistemas de saúde e as mudanças recentes na assistência e na gestão hospitalar

O processo de expansão dos sistemas nacionais de saúde após a Segunda Guerra, mediante políticas de extensão do acesso e de ampliação da cesta de serviços oferecidos à população, vem acompanhado de um crescimento em espiral dos custos da assistência. Os gastos em saúde nos países desenvolvidos durante os anos 60-70 evoluem com taxas médias de crescimento anual acima das taxas de crescimento anual das economias nacionais. Ou seja, ao longo do período, os gastos passam a consumir parcelas crescentes do Produto Interno Bruto (PIB) desses países.

O contexto econômico mais difícil ao final dos anos 70 aponta para a necessidade de uma desaceleração dos gastos em saúde, sob pena de o financiamento à saúde tornar-se socialmente insustentável. As políticas de saúde dos governos conservadores passam a ser redirecionadas, pautadas pela contenção de gastos e pela busca de maior eficiência e qualidade nos seus resultados. E uma vez que os hospitais encontram-se no centro do modelo de atenção e consomem a maior parcela dos recursos setoriais, é sobre esse segmento assistencial que grande parte das medidas então adotadas procura incidir (Edwards, Hensher & Werneke, 1998).

As reformas neoconservadoras direcionadas à contenção de gastos em saúde na década de 1980 são discutidas no capítulo 25. Confira.

As iniciativas para esse fim, em um primeiro momento, concentram-se no emprego de novas formas de pagamento hospitalar, com privilégio para as modalidades que induzam um uso mais parcimonioso de recursos. Posteriormente, as medidas de redução dos custos hospitalares se desdobram em ações dirigidas tanto para a racionalização da oferta de serviços, com a eliminação, por exemplo, de serviços duplicados, quanto para a introdução de novas soluções gerenciais que favoreçam o uso mais eficiente de recursos (Braga Neto, 1991).

Em simultaneidade à reorientação das políticas de saúde nos países desenvolvidos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico ganha maior radicalidade com a declaração final da Conferência Internacional de Atenção Primária, em Alma-Ata, em 1978, e com o lançamento da estratégia "Saúde para Todos no Ano 2000", em âmbito mundial no ano seguinte. Essa estratégia reafirma a saúde como um direito humano fundamental e sustenta que a universalização do acesso aos serviços de saúde só será possível caso os sistemas de saúde tomem a atenção primária como a porta de entrada. Mais do que isso, a proposta é de que a atenção primária se transforme na base dos sistemas de saúde, base sobre a qual o novo modelo de atenção à saúde deve estar organizado.

Leia mais no capítulo 16 sobre a importância da Conferência de Alma-Ata no processo de reconhecimento em âmbito internacional da necessidade de um novo modelo de atenção à saúde.

Resumidamente, pode-se afirmar que as políticas e as ações de reforma, nas últimas décadas do século XX, no âmbito da assistência médico-hospitalar e do funcionamento e gestão dos hospitais, têm suas raízes em duas grandes vertentes: a primeira, associada à preocupação, de ordem econômica, com o controle dos gastos sanitários, e para tanto direcionada à implementação de medidas de racionalização da oferta de serviços e de modernização da gestão dos serviços de saúde, sobretudo os hospitais. A segunda encontra-se articulada à formulação de um novo modelo de organização do cuidado à saúde, fundado na ideia de um sistema integrado de serviços de saúde, sistema no qual a atenção básica, em vez da assistência hospitalar, deve ser o centro.

Sistema integrado de serviços de saúde

Rede integrada de pontos de atenção que permite prestar assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população (Mendes, 2001).

Ao mesmo tempo, é necessário salientar a importante influência que fatores de ordem demográfica e epidemiológica, bem como os relativos ao desenvolvimento científico e tecnológico, desempenharam sobre as mudanças recentes na organização e prestação de serviços médico-hospitalares.

Tais mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira sobre condições de saúde são apresentadas no capítulo 5, que também discute a noção de transição epidemiológica. Confira.

Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, verifica-se o progressivo aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população, acompanhados de mudanças no quadro de morbimortalidade, que se torna mais complexo: as doenças agudas e de origem infecciosa têm incidência reduzida, e a prevalência de doenças crônico-degenerativas aumenta. Este cenário fortalece a convicção de que o novo modelo de atenção, em gestação, em vez de concentrar as ações na assistência hospitalar, deve privilegiar a promoção de saúde, a prevenção de doenças e, quando necessário, o tratamento ambulatorial. Afinal, a medicina, perante esses novos problemas de saúde, não oferece mais a cura, mas apenas a possibilidade de deter a evolução natural desses males e de assegurar uma boa qualidade de vida para os seus portadores, mediante o acompanhamento continuado.

Não se pode perder de vista, entretanto, que as bases materiais da prática médico-hospitalar – ou seja, o corpo de conhecimentos que a fundamenta e a estrutura tecnológica que lhe serve de suporte – são objeto de transformações importantes desde o pós-guerra; transformações que propiciam novos arranjos e soluções para o cuidado em saúde.

Ao longo desse período, uma nova doutrina médica se consolida. Há uma mudança radical de orientação. Não se deve mais manter os pacientes por longo tempo no hospital, isolados de seu meio e sem realizar qualquer atividade física. Recomenda-se agora justamente o oposto. É recomendável que o paciente volte o mais cedo possível ao seu ambiente de convívio familiar e social e retome algum tipo de atividade física. O ambiente hospitalar passa a ser considerado potencialmente iatrogênico (Stoeckle, 1995).

Paralelamente, os avanços científicos e tecnológicos alcançados fazem com que parte dos procedimentos então realizados exclusivamente no interior do hospital possam ser gradativamente deslocados para outros ambientes. Há uma desconcentração da prestação de diversos serviços assistenciais e, assim, surgem novas modalidades assistenciais, caso do hospital-dia, da cirurgia ambulatorial, da assistência domiciliar ou mesmo de novos tipos de serviços de saúde, como os centros de enfermagem – *nursing homes* (Shortell, Gillies & Devers, 1995).

Cirurgia ambulatorial

Consiste em uma modalidade de prestação de serviços cirúrgicos, indicada para os casos de cirurgia eletiva, em que o paciente, após se submeter a uma seleção criteriosa e a um preparo prévio, é admitido no hospital no próprio dia da cirurgia e, em geral, recebe alta horas depois do ato cirúrgico. Do ponto de vista econômico, essa modalidade propicia uma redução considerável dos custos hospitalares.

O impacto dessa modalidade sobre a utilização dos recursos hospitalares é enorme. Dado o curto tempo de permanência dos pacientes no hospital, é possível atender a um maior número de pessoas em um menor espaço de tempo, propiciando assim a redução da lista de espera para os procedimentos eletivos e liberando, simultaneamente, os recursos e as instalações hospitalares para o atendimento às emergências e aos casos mais complexos. Entretanto, a maior facilidade associada ao menor risco das cirurgias ambulatoriais amplia o contingente de enfermos que pode ser submetido ao procedimento menos invasivo, levando ao aumento da demanda e da produção destes serviços.

A cirurgia ambulatorial consiste hoje em uma modalidade oferecida com qualidade, de forma bastante segura e custo-efetiva, satisfazendo ainda as expectativas dos pacientes. Sua aplicação abarca um largo espectro de procedimentos cirúrgicos, envolvendo todas as especialidades médicas e compreendendo desde operações que exigem apenas anestesia local até aquelas nas quais a anestesia geral é necessária. Em países como o Canadá e os Estados Unidos, essa modalidade já representa aproximadamente 90% de todas as cirurgias realizadas. Todavia, a alta precoce implica gastos adicionais dos próprios pacientes com medicamentos e cuidados domiciliares.

Fonte: Castoro *et al*., 2007.

Para refletir

Considerando as mudanças em curso no âmbito do modelo de atenção à saúde e dos novos papéis destinados à atenção básica e à assistência hospitalar na rede assistencial, você julga que o programa de formação que lhe é oferecido encontra-se atualizado? A formação guarda coerência com as tendências atuais dos sistemas de saúde? Como profissional de saúde, você pensa estar sendo adequadamente preparado para prestar atendimento no SUS?

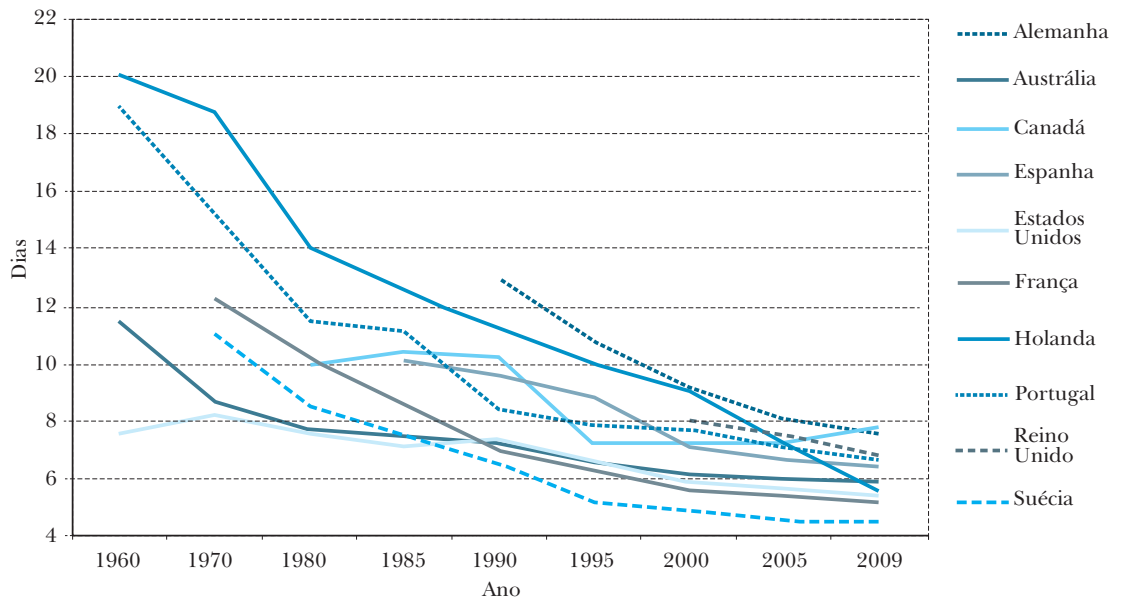
Finalmente, não se pode desconsiderar que as transformações da assistência hospitalar e do próprio hospital se dão sob a influência também das mudanças desencadeadas no campo da gestão hospitalar (Preker & Harding, 2003).

Como corolário quase natural das políticas de contenção de gastos e de busca de maior eficiência para o setor, o tema da gestão em saúde, ao longo das últimas décadas, ganha maior projeção e passa a ocupar um lugar estratégico nas agendas governamentais de reforma dos sistemas de saúde. Afinal, é reconhecido que não basta promover mudanças na esfera do financiamento setorial e do pagamento aos prestadores de serviços, tampouco transformar o modelo de atenção à saúde e a organização da rede de atendimento. É preciso que, simultaneamente, se formule e se introduza um novo modelo de gestão, fundado em novas estruturas, regras, incentivos, ferramentas e práticas gerenciais; que induza, de fato, serviços de saúde mais eficientes, que obtenham melhores resultados, oferecendo cuidados seguros e de boa qualidade, do ponto de vista técnico e relacional e a menores custos.

Pelas razões anteriormente discutidas, os hospitais convertem-se em um dos principais alvos dessas iniciativas de inovação gerencial, sendo submetidos a um enorme leque de medidas direcionadas para a profissionalização da gestão. Essas ações compreenderam desde o uso mais intensivo de ferramentas e de sistemas de informação gerenciais provenientes da área empresarial – como a abordagem da qualidade total, a reengenharia, o planejamento estratégico e a remuneração de pessoal baseada na *performance* – até propostas mais sistêmicas de autonomização e instauração de contratos de gestão.

Vale ainda mencionar a emergência, nessa época, da chamada ‘gestão da clínica’, tema até recentemente de domínio e controle exclusivo dos profissionais de saúde, particularmente os médicos (Mendes, 2001). Em suma, trata-se de um período em se observam mudanças na forma como os sistemas de saúde e os estabelecimentos hospitalares, em particular, são geridos. Mudanças que, em grande medida, concorrem para o processo de reestruturação da assistência hospitalar e dos hospitais.

A introdução desse conjunto de medidas de reformas repercutiu diretamente no padrão de utilização dos recursos hospitalares observado em diferentes países. As informações disponíveis para os países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE) indicam claramente uma acentuada queda do tempo médio de permanência para os casos agudos (Gráfico 1 e Tabela 1), associada a uma substantiva redução da oferta de leitos hospitalares no conjunto desses países (Gráfico 2 e Tabela 2).

Gráfico 1 – Evolução do tempo médio de permanência de internação (dias) em leitos para atendimento a pacientes agudos. Países da OCDE – 1960-2009

Obs.: Excluídas as internações de longa permanência. Em alguns países foi usada informação do ano mais próximo quando não encontrada a do ano referência.

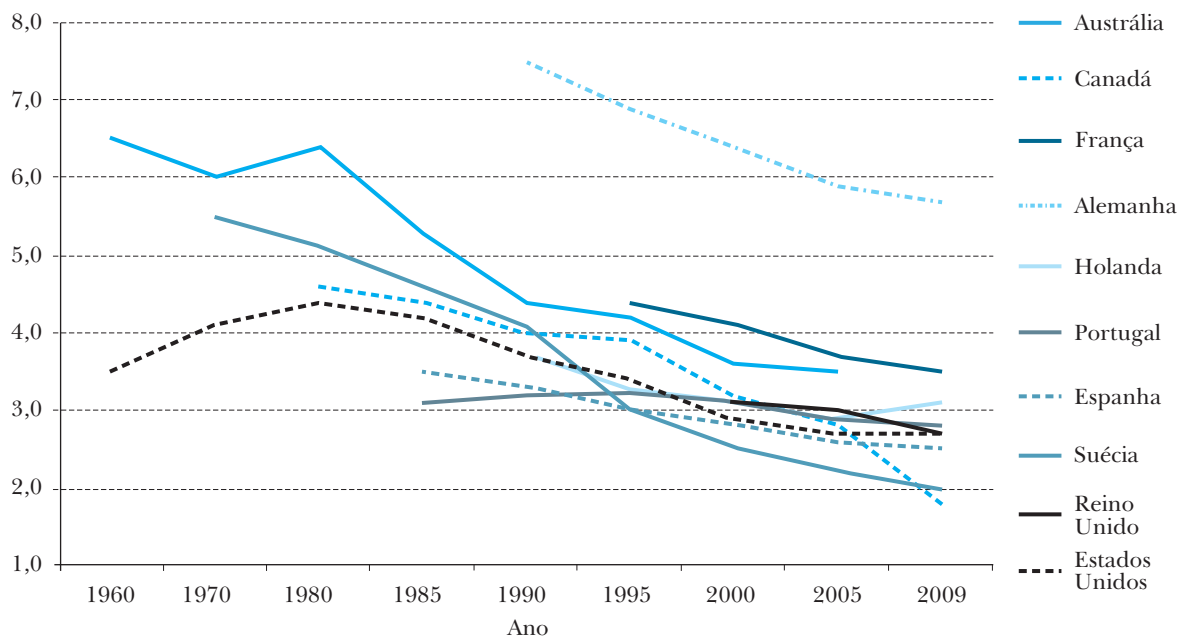
Fonte: OCDE, 2012.

Tabela 1 – Evolução do tempo médio de permanência de internação em leitos para atendimento a pacientes agudos (dias). Países da OCDE – 1960-2009

Países	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Alemanha	–	–	–	–	12,8	10,8	9,2	8,1	7,5
Austrália	11,5	8,7	7,7	7,4	7,2	6,5	6,1	6,0	5,9
Áustria	–	–	–	–	11,2	9,7	7,5	6,9	6,7
Bélgica	–	–	–	–	9,8	9,4	7,7	7,7	7,1
Canadá	–	–	10,0	10,4	10,2	7,2	7,2	7,2	7,7
Coreia	–	–	10,0	11,0	12,0	11,0	11,0	10,6	–
Dinamarca	–	12,5	8,5	7,8	6,4	4,1	3,8	–	–
Estônia	–	–	–	15,0	14,3	10,5	7,3	6,0	5,6
Espanha	–	–	–	10,1	9,6	8,8	7,1	6,7	6,4
Estados Unidos	7,6	8,2	7,6	7,1	7,3	6,5	5,8	5,6	5,4
Finlândia	12,5	12,8	8,8	8,0	7,0	5,5	5,7	5,5	5,4
França	–	12,3	10,2	8,6	7,0	6,2	5,6	5,4	5,2
Grécia	–	–	10,2	8,9	7,5	6,4	6,2	5,6	–
Holanda	20,1	18,8	14,0	12,5	11,2	9,9	9,0	7,2	5,6
Hungria	11,3	11,2	11,2	10,6	9,9	9,2	7,1	6,5	5,1
Irlanda	–	–	8,5	7,4	6,7	6,6	6,4	6,5	6,1
Islândia	–	–	–	–	7,0	5,9	6,1	5,4	5,8
Israel	–	–	–	–	5,3	4,5	4,3	4,2	4,0
Itália	–	–	–	–	9,5	8,4	7,0	6,7	6,7
Japão	–	–	–	–	34,4	33,2	24,8	19,8	18,5
Luxemburgo	–	–	–	–	–	7,9	7,5	7,4	7,4
México	–	–	–	–	4,2	4,0	4,0	4,0	3,9
Noruega	–	14,8	10,9	9,6	7,8	6,5	6,0	5,2	4,6
Nova Zelândia	–	–	–	–	–	–	4,3	5,6	5,9
Polônia	–	–	14,0	13,1	12,5	10,8	8,9	6,5	5,1
Portugal	19,0	15,3	11,4	11,1	8,4	7,9	7,7	7,1	6,7
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	8,0	7,5	6,8
República Tcheca	15,0	15,0	13,6	13,1	12,0	10,2	7,9	7,1	7,1
Eslováquia	–	–	–	–	–	10,5	8,5	7,3	6,7
Suécia	–	11,0	8,5	7,5	6,5	5,2	4,9	4,6	4,5
Suíça	–	15,0	15,5	14,7	13,4	12,0	9,3	8,5	7,5
Turquia	–	7,0	6,3	6,2	6,0	5,7	5,4	5,1	4,0

Obs.: Excluídas as internações de longa permanência. Em alguns países foi usada informação do ano mais próximo quando não encontrada a do ano referência.

Fonte: OCDE, 2012.

Gráfico 2 – Evolução da quantidade de leitos agudos por 1.000 habitantes. Países da OCDE – 1960-2009

8,0
7,0
6,0
5,0
4,0
3,0
2,0
1,0
1960 1970 1980 1985 1990 1995 2000 2005 2009
Ano
Austrália
Canadá
França
Alemanha
Holanda
Portugal
Espanha
Suécia
Reino Unido
Estados Unidos

Obs.: Excluídos os leitos de longa permanência. Em alguns países foi usada informação do ano mais próximo quando não encontrada a do ano referência.

Fonte: OCDE, 2012.

Tabela 2 – Evolução do número de leitos agudos por 1.000 habitantes. Países da OCDE – 1960-2009

Países	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Alemanha	–	–	–	–	7,5	6,9	6,4	5,9	5,7
Austrália	6,5	6	6,4	5,3	4,4		3,6	3,5	–
Áustria				7,3	7,1	6,6	6,2	5,8	5,6
Bélgica	–	4,7	5,5	5,9	5,2	5,0	4,7	4,4	4,2
Canadá	–	–	4,6	4,4	4,0	3,9	3,2	2,8	1,8
Coreia	–	–	–	–	2,0	3,0	3,9	4,6	5,5
Dinamarca	–	–	–	–	–	3,8	3,5	3,2	2,9
Eslováquia	–	–	–	–	–	6,2	5,7	5,0	4,8
Estônia	–	–	9,7	9,7	9,2	6,6	5,5	3,8	3,6
Espanha	–	–	–	3,5	3,3	3,0	2,8	2,6	2,5
Estados Unidos	3,5	4,1	4,4	4,2	3,7	3,4	2,9	2,7	2,7
Finlândia	–	4,8	–	–	–	3,0	2,4	2,2	1,8
França	–	–	–	–	–	4,4	4,1	3,7	3,5
Grécia	–	–	–	–	3,9	3,8	3,7	3,9	4,1
Holanda	–	–	–	–	3,7	3,3	3,1	2,9	3,1

Tabela 2 – Evolução do número de leitos agudos por 1.000 habitantes. Países da OCDE – 1960-2009 (cont.)

Países	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Hungria	–	–	–	–	7,1	6,5	5,8	5,5	4,1
Irlanda	–	–	4,3	4,1	3,2	3,1	2,8	2,8	2,6
Islândia	–	–	–	4,9	4,3	3,8	–	–	–
Israel	–	–	–	–	2,6	2,4	2,3	2,1	1,9
Itália	–	–	7,9	7,0	6,2	5,6	4,1	3,3	3,0
Japão	–	–	–	–	12,3	12,0	9,6	8,2	8,1
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	4,5	4,3
México	–	–	–	–	1,6	1,8	1,8	1,7	1,6
Noruega	–	–	5,4	4,7	3,8	3,3	3,1	2,9	2,4
Nova Zelândia	–	–	–	–	–	–	–	–	1,9
Polônia	4,6	5,1	5,6	5,7	6,3	5,8	5,2	4,7	4,4
Portugal	–	–	–	3,1	3,2	3,2	3,1	2,9	2,8
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	3,1	3,0	2,7
República Tcheca	–	–	8,1	8,2	8,1	6,9	5,7	5,3	5,0
Suécia	–	5,5	5,1	4,6	4,1	3,0	2,5	2,2	2,0
Suíça	–	–	–	–	–	4,4	4,1	3,6	3,3
Turquia	–	–	–	–	–	–	1,9	2,1	2,4

Obs.: Excluídos os leitos de longa permanência. Em alguns países foi usada informação do ano mais próximo quando não encontrada a do ano referência.

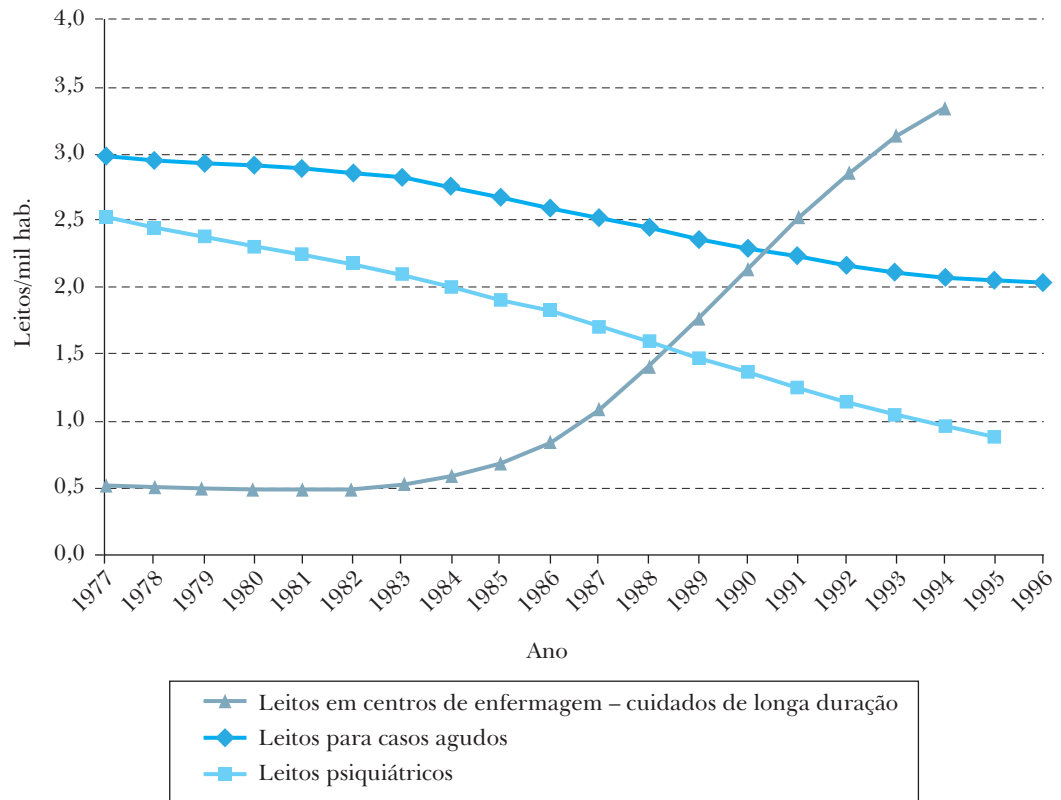
Fonte: OCDE, 2012.

Embora as mudanças aconteçam em velocidades e em patamares diferentes, conforme as especificidades setoriais e o contexto político, econômico e social de cada um desses países, observa-se uma mesma e única tendência em curso. As internações hospitalares passam a ocorrer em prazos cada vez mais curtos (menores tempos de permanência), e a movimentação dos leitos se dá de forma cada vez mais intensa, em consequência da adoção de políticas orientadas tanto para a mudança do modelo de atenção à saúde quanto para a contenção dos custos assistenciais e, ao mesmo tempo, diante das possibilidades de inovação, em termos diagnósticos e terapêuticos, propiciadas pelas novas modalidades assistenciais e pelos novos recursos tecnológicos disponíveis.

Dado esse novo padrão de utilização dos leitos hospitalares, a capacidade instalada de leitos logo se revela excessiva. Assim, em tal cenário, ao longo dos últimos vinte anos, diferentes países procuraram colocar em prática políticas dirigidas para a racionalização da oferta hospitalar ou, em outras palavras, para a chamada política de 'desospitalização', mediante estratégias variadas, envolvendo a redução de leitos hospitalares, o fechamento ou a fusão de hospitais, a conversão de estabelecimentos hospitalares em casas de enfermagem etc.

O caso britânico (Gráfico 3) fornece indicações complementares do processo de reestruturação da assistência hospitalar. Em contrapartida à vertiginosa redução dos leitos destinados ao tratamento de casos agudos e crônicos observada no Reino Unido durante o período de 1977 a 1996, ocorreu uma significativa expansão dos leitos instalados em casas de enfermagem de cuidados de longa duração.

Gráfico 3 – Tendências na oferta de leitos hospitalares por mil habitantes. Reino Unido – 1977-1996

Leitos/mil hab.
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996
Ano
Leitos em centros de enfermagem – cuidados de longa duração
Leitos para casos agudos
Leitos psiquiátricos

Fonte: McKee & Healy, 2002.

As evidências relativas ao processo em curso não dão margem a dúvidas: acompanhando a organização de um novo modelo de atenção à saúde, a assistência hospitalar e os estabelecimentos hospitalares passam por fase de transformações radicais. Encontra-se em gestação um novo hospital, que agora opera integrado a uma rede diversificada de serviços de saúde. Este novo hospital, necessariamente de maior densidade tecnológica, tem um domínio de ação mais restrito, voltado especificamente para o atendimento aos casos mais graves, que exigem cuidados intensivos. Ao mesmo tempo, aumentam as suas responsabilidades como serviço de retaguarda e de apoio técnico à rede assistencial, como instituição de formação de especialistas e de desenvolvimento da educação permanente e ainda como espaço de desenvolvimento de projetos de investigação clínica, epidemiológica e administrativa. A instituição hospitalar mais uma vez se renova e segue exercendo um papel importante no sistema de saúde.

A evolução recente da oferta hospitalar no Brasil

A fundação do primeiro hospital no Brasil data de 1543, com o nome de Hospital de Todos os Santos (Santos, 1986) e que posteriormente passa à denominação de sua mantenedora, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, hoje ainda em funcionamento e na condição de um dos maiores hospitais do país em capacidade instalada de leitos.

Passados quase cinco séculos, o país instalou muitas centenas de hospitais, com destaque para um grande número de Santas Casas, muitas ainda da época da Colônia, outras tantas do Império. Mas os hospitais ditos modernos são recentes, com poucas décadas de existência, no esteio tanto das universidades públicas quanto do modelo previdenciário já no pós-guerra. No entanto, somente no final de 1960 o país experimentou o verdadeiro advento do modelo de atenção médico-hospitalocêntrico, a partir da política unificada de assistência médico-previdenciária integrada à lógica do desenvolvimento econômico do regime militar. Para Cordeiro (1980), este movimento integra a configuração do complexo médico-hospitalar. Naquele período e em poucos anos, o Brasil teve sua rede hospitalar fortemente expandida, para números muito próximos dos existentes atualmente.

No país, a referência com maior série histórica sobre serviços de saúde, incluídos os hospitais, é a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE (AMS/IBGE). Seu início data de 1976, apresentando a rede hospitalar brasileira em três grandes conjuntos de hospitais: os privados lucrativos, os privados não lucrativos e os públicos. Os três segmentos possuem fatias bastante similares de leitos, todos próximos de 30% do total.

Em relação a esta distribuição de hospitais, o Brasil, de forma distinta de outros países, tem no segmento lucrativo uma expressão quantitativa importante, chegando a alcançar 40% do total de estabelecimentos (Brasil, 2010). Sloan (2000), em artigo sobre a oferta de hospitais em vários países, relata ser minoria nesses países a existência de hospitais lucrativos. Destaca, inclusive, o fato de ser proibida, na Holanda, a existência de hospitais lucrativos. Marinho (2004) constata que o Brasil, quanto ao número de hospitais lucrativos, encontra-se num patamar superior em comparação a outros países. O mesmo autor registra que, nos países menos desenvolvidos, essa participação seria maior que nos países com maior desenvolvimento.

De todo modo, registra-se no Brasil uma tendência, que se acentua nas últimas décadas, ao equilíbrio no número de leitos públicos quando comparados aos privados, lucrativos e não lucrativos. Esse fenômeno está associado tanto à diminuição do setor privado – lucrativo e não lucrativo – quanto à expansão do setor público, conforme os Gráficos 4 e 5 (Brasil, 2010).

Em número total de leitos, o país apresentou em 2009 cerca de 430 mil leitos, número ligeiramente menor do que o registrado há trinta anos, tendo passado por um período de crescimento, com pico na década de 1980 (538 mil leitos em 1984). Considerado o período de 1976 a 2009, observa-se um grande incremento de leitos públicos – cerca de 34 mil – e, em contrapartida, um fechamento maior de leitos privados – em torno de 45 mil. Merece destaque o fato de o segmento privado, depois de ampliar seu parque hospitalar em mais de 85 mil leitos em pouco mais de dez anos (período de 1976 a 1984), realizar um movimento surpreendente, ao fechar mais de 132 mil leitos entre 1984 e 2009, mantendo tendência decrescente em todas as pesquisas da AMS-IBGE no período. O crescimento do setor público é constante, registrando-se apenas um curto espaço de tempo no qual o número de leitos decresce (7 mil leitos entre 1984 e 1988). Chega-se a 2009, com o país apresentando uma

relação de 2,3 leitos por mil habitantes, significativamente inferior aos 3,2 leitos existentes em 1995 e já bem distante dos 4,1 leitos registrados em 1976.

Quando observado o número de hospitais do país, verifica-se um crescimento expressivo, elevando-se em 29,5% no período de 1976 a 2009, quando passou de 5.311 para 6.875 estabelecimentos (Brasil, 2010). Natural que esse processo – diminuição do número de leitos com crescimento do número de hospitais – tenha sido decorrência da abertura de hospitais com menor número de leitos, muito certamente associado ao fechamento de hospitais com números superiores de leitos.

O Gráfico 6 registra a queda histórica do número médio de leitos por estabelecimento no parque hospitalar público, que em pouco mais de trinta anos diminuiu de 124 (em 1976) para 54 leitos por hospital (em 2009), representando um decréscimo de 56%. O segmento privado também apresenta uma diminuição, embora menos expressiva. Essa tendência na diminuição da média de leitos por estabelecimento foi permanente nos últimos trinta anos, quando o parque de estabelecimentos públicos com internação no país triplicou. Considerando em particular o período a partir da existência do SUS – 1990 em diante –, foram abertos 693 hospitais públicos, com média de 34,8 leitos por unidade (Brasil, 2010). Uma explicação a ser considerada é a base municipalista do sistema, fomentando hospitais locais de pequeno porte e limitada densidade tecnológica.

Os dados registram que a dinâmica dos hospitais e do número de leitos expressa um aparente paradoxo e muito certamente um grande desafio para o futuro da atenção hospitalar no país. Seria esperado, como ocorre em outros países, a diminuição na relação leitos por habitantes, notória no Brasil, mas acompanhada do incremento tecnológico dos hospitais, o que impõe a existência de hospitais de maior porte, dadas duas condições básicas e intercondicionadas. De um lado, a incorporação de tecnologias ao ambiente hospitalar, que permite tanto procedimentos em menor tempo de internação quanto ambulatorização de procedimentos antes exclusivamente hospitalares. De outro lado, a partir dos serviços extra-hospitalares, a enorme expansão de cobertura e também a incorporação tecnológica, gerando alteração importante na demanda para hospitalizações. A essas duas condições básicas somam-se o próprio perfil epidemiológico, alterado por condições demográficas novas, e a emergência de novos fatores de risco a impactar o processo saúde-doença. Resulta, em síntese, forte tendência para uma menor necessidade de leitos hospitalares, no entanto, obrigatoriamente com maior densidade tecnológica agregada.

Os conceitos de densidade tecnológica e economia de escala são discutidos no capítulo 17. Consulte.

A maior densidade ou complexidade tecnológica no ambiente hospitalar, através da incorporação tanto de equipamentos e insumos quanto de profissionais mais diferenciados, exige, por sua vez, escalas economicamente sustentáveis. Ao contrário do observado no Brasil, a escala média de leitos dos hospitais brasileiros, combinada com a diminuição de leitos no total, deveria crescer e não diminuir. Aqui reside o paradoxo e certamente o grande desafio para o futuro imediato da atenção e gestão hospitalar brasileira. O país não estaria, no seu parque hospitalar, acompanhando as tendências tanto internacionais no campo da atenção e gestão hospitalar quanto as suas próprias necessidades epidemiológicas. O ajuste observado, com diminuição do número de leitos no total, acompanhado de diminuição do número médio de leitos por hospital, não corresponderia ao esperado ajuste na oferta de serviços hospitalares, especialmente quanto às novas exigências tecnológicas e econômicas na atenção e gestão hospitalar.

Concomitantemente à dinâmica dos hospitais, o país operou nas três últimas décadas um processo inigualável de expansão de cobertura da atenção básica, não hospitalar, quando viu o número de estabelecimentos sem oferta de internação saltar de 7.822, em 1976, para 67.901, em 2009. Esse crescimento foi maior no setor público, basicamente em decorrência das políticas públicas e, em particular, do SUS, após os anos 90 (Brasil, 2010).

Na área hospitalar, no mesmo período, houve importante consequência na dinâmica das internações. Em 1995, tomando por referência apenas o SUS, foram realizadas 13,275 milhões de internações. Esse número decresceu sucessivamente até alcançar 10,744 milhões em 2008 e voltou a crescer, atingindo 11,358 milhões em 2010. Em 1995, registravam-se 85 autorizações de internação hospitalar (AIH) para mil habitantes; em 2008 o número caiu para 57, enquanto em 2010 o número de AIH para cada mil habitantes foi de 59 (Datasus, 2012a). Acompanhando as tendências tanto de oferta quanto de demanda, as AIH emitidas registram um importante crescimento na complexidade da atenção prestada. Apenas entre os anos de 1995 e 1999, as AIH que correspondem a internações de alta complexidade cresceram 104% (Spigolon, 2002).

Autorização de internação hospitalar (AIH)

Instrumento que autoriza e registra no sistema público (SUS) todas as internações realizadas. No sistema AIH registram-se os procedimentos médicos realizados, conhecendo-se a complexidade dos mesmos e os valores de referência pagos pelo SUS aos prestadores hospitalares, sejam eles públicos ou privados, pela respectiva internação.

A queda histórica no número de internações gerou novo fenômeno na ocupação dos leitos. Mesmo com o importante fechamento de leitos no período, há estimativas que consideram em até 50% a ociosidade nos leitos vinculados ao SUS. Nesse processo, há ainda formulações indicando que 28% das internações realizadas pelo SUS seriam sensíveis a tratamentos ambulatoriais (Alfradique & Mendes, 2001), o que caracteriza internações potencialmente desnecessárias.

Nas décadas recentes, acompanhando, de um lado, uma importante política de expansão da atenção básica não hospitalar e, de outro, a dinâmica tanto tecnológica, quanto epidemiológica, política e econômica, os hospitais públicos e privados apresentam tendências não uniformes. Ao contrário das diretrizes governamentais coordenadas entre os níveis de governo e bem explicitadas para os serviços não hospitalares, a dinâmica hospitalar pública esteve sujeita a diversas políticas, não coordenadas e muitas vezes contraditórias. No setor público, iniciativas na esfera municipal, como a abertura de pequenos e médios hospitais, convivem com incentivos à abertura de leitos mais complexos em grandes hospitais, por iniciativa especialmente do nível federal e de alguns estados. O setor privado, mesmo contratado pelo SUS, apresenta dinâmica própria e típica de mercado, orientando-se pela racionalidade econômica, fechando leitos e mesmo hospitais, diminuindo sua participação no parque hospitalar brasileiro e com tendências a concentrar-se em espaços com melhores possibilidades de sustentabilidade e retorno. Registra-se que a dinâmica do setor de saúde suplementar – planos de saúde – condiciona de forma importante as tendências do setor hospitalar brasileiro privado, lucrativo ou não.

Entretanto, o controle do número de internações, combinado com relativo incentivo a internações de maior complexidade e demandando tecnologias diferenciadas agregadas

ao leito, contribui para subsegmentar o parque hospitalar a serviço do SUS. Este processo, muito provavelmente, gera um conjunto mais dinâmico de hospitais, que incorporam tecnologias, alcançam outras novas ou estabilizam escalas de produção economicamente mais sustentáveis (tomando por base o número de leitos).

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostravam, em 2003, apenas 440 hospitais no país com 201 leitos ou mais, representando somente 7% dos hospitais integrantes do SUS – públicos e privados. No outro extremo, 39% dos hospitais do SUS (2.659 unidades) possuíam até 30 leitos (Datasus, 2012b).

Outro segmento a ser destacado são os hospitais menos dinâmicos, de pequeno porte e limitada incorporação tecnológica, estrato bem mais expressivo numericamente.

Consagram-se ao menos duas tendência: no segmento dito superior, o polo dinâmico, mais próximo das características registradas internacionalmente, com hospitais de médio e grande porte, com maior densidade tecnológica, potencialmente mais sustentáveis economicamente e respondendo por demandas crescentes ajustadas epidemiologicamente. Na base, os pequenos hospitais, com tendência a ter sua função assistencial substituída, ao menos em parte, por serviços extra-hospitalares mais eficientes e eficazes.

A limitação de políticas para ajustes nesse subsegmento, incluindo fechamento e/ou fusões, visando ao alcance de escopos e escalas mais sustentáveis, o restringe a internações de baixa complexidade e mesmo média complexidade, com discutível capacidade resolutiva, porém fortemente condicionadas, entre outros motivos, por limitações de acesso (não propriamente por questões de ordem geográfica, mas, sobretudo pelas restrições ao acesso impostas pelo financiamento) àqueles hospitais mais dinâmicos.

O Ministério da Saúde esboçou política específica para os pequenos hospitais (até 30 leitos) vinculados ao SUS a partir de 2003. Como propósito geral, tal política, focada em municípios com até 30 mil habitantes e cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) acima de 70% da população, visava a dotar esses hospitais de capacidade resolutiva e de novos incentivos financeiros para atuarem na atenção hospitalar de baixa complexidade (Brasil, 2004a).

Para refletir

Com a implantação do SUS ocorre um processo de inovação e, sobretudo, de expansão no campo da atenção básica, com destaque para a enorme cobertura já alcançada com a Estratégia Saúde da Família. Entretanto, as políticas no campo da atenção hospitalar não se apresentam bem coordenadas e estruturadas a longo prazo. Estas se restringem quase sempre a ajustes nas tabelas de valores dos procedimentos, com melhores reajustes para os de alta complexidade, salvo exceções.

Contraditoriamente, é o mesmo SUS, no seu segmento estatal, nos níveis municipal e estadual, que abre leitos de baixa e média complexidade, ao passo que estes são em geral fechados na iniciativa privada. Haveria assim um razoável descompasso entre as ações de investimento, mais concentradas nas esferas estaduais e municipais, ante as políticas de custeio, mais dependentes do governo federal.

Mais recentemente observam-se indução e investimentos em leitos para atenção de maior complexidade. No entanto, permanece uma relativa ausência de políticas mais estruturadas e coordenadas visando a alinhamentos de longo prazo em conformidade com as exigências epidemiológicas e as possibilidades tecnológicas.

Quais são os desafios para o futuro da atenção hospitalar no SUS, quando se observa menor necessidade de leitos hospitalares, leitos que devem possibilitar o atendimento a casos cada vez mais complexos?

Gráfico 4 – Estabelecimentos públicos e privados (lucrativos e não lucrativos) com leitos para internação no período. Brasil – 1976-2009

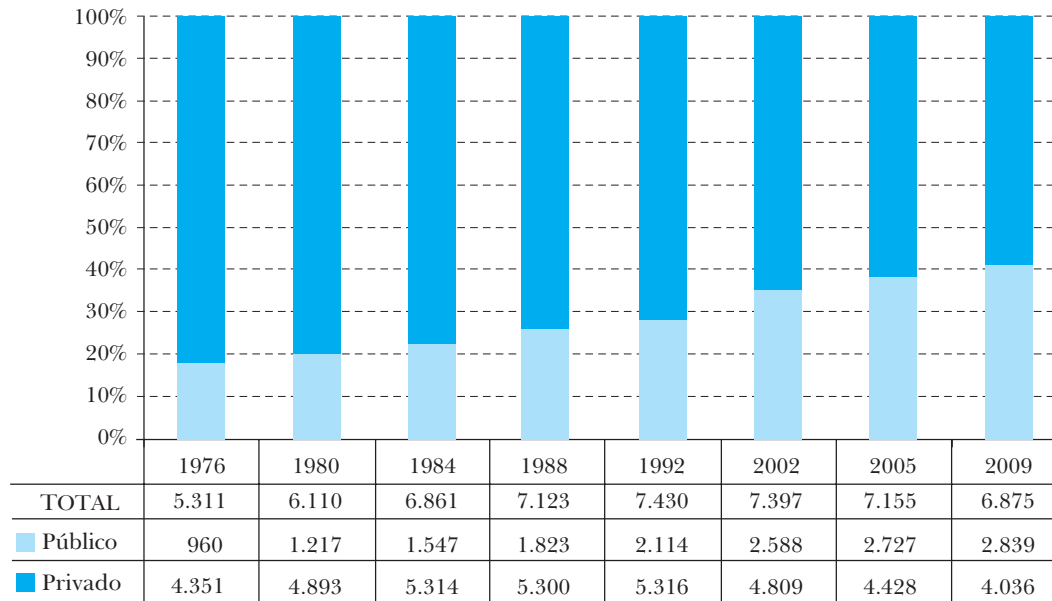
	1976	1980	1984	1988	1992	2002	2005	2009
TOTAL	5.311	6.110	6.861	7.123	7.430	7.397	7.155	6.875
Público	960	1.217	1.547	1.823	2.114	2.588	2.727	2.839
Privado	4.351	4.893	5.314	5.300	5.316	4.809	4.428	4.036

Fonte: Brasil, 2010.

Gráfico 5 – Leitos em estabelecimentos públicos e privados (lucrativos e não lucrativos) com internação no período. Brasil – 1976-2009

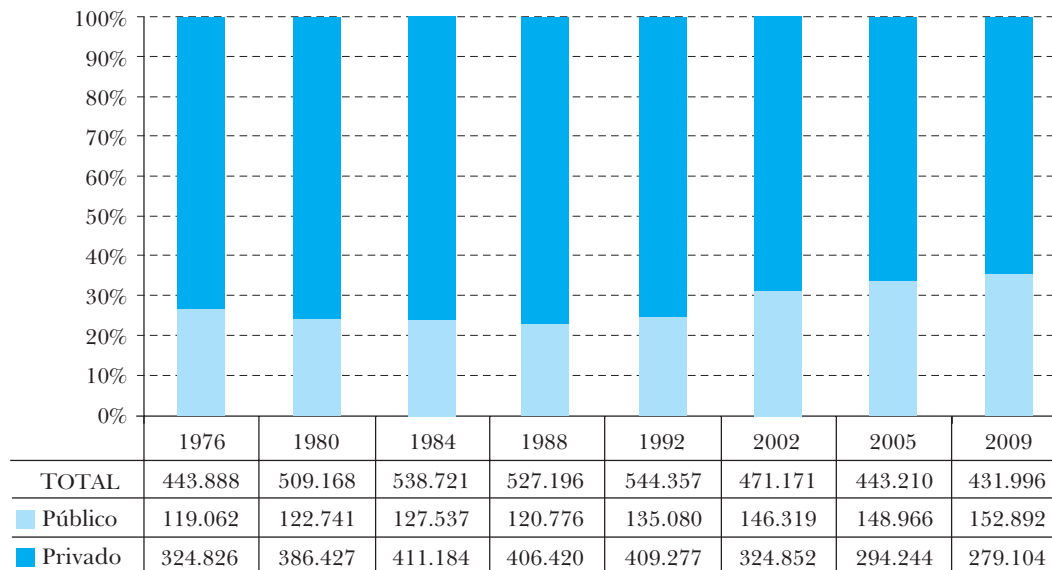
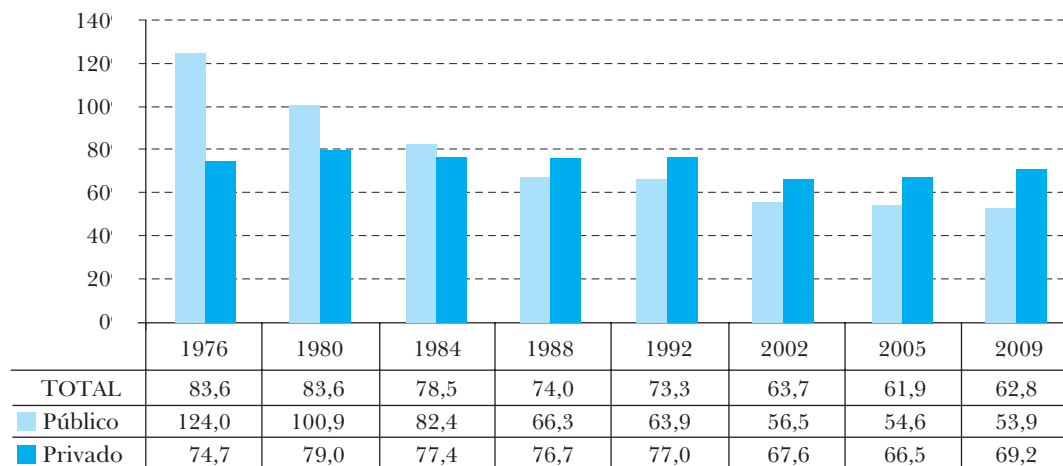
	1976	1980	1984	1988	1992	2002	2005	2009
TOTAL	443.888	509.168	538.721	527.196	544.357	471.171	443.210	431.996
Público	119.062	122.741	127.537	120.776	135.080	146.319	148.966	152.892
Privado	324.826	386.427	411.184	406.420	409.277	324.852	294.244	279.104

Fonte: Brasil, 2010.

Gráfico 6 – Número médio de leitos em estabelecimentos públicos e privados (lucrativos e não lucrativos) com internação no período. Brasil – 1976-2009

	1976	1980	1984	1988	1992	2002	2005	2009
TOTAL	83,6	83,6	78,5	74,0	73,3	63,7	61,9	62,8
Público	124,0	100,9	82,4	66,3	63,9	56,5	54,6	53,9
Privado	74,7	79,0	77,4	76,7	77,0	67,6	66,5	69,2

Fonte: Brasil, 2010.

Para refletir

Tendo em vista a diversidade e a quantidade de atividades realizadas no espaço hospitalar, a variada gama de especialistas e funcionários envolvida na realização dessas atividades, o montante de recursos financeiros necessário para manter o hospital em funcionamento e o elevado número de itens de materiais de consumo e de medicamentos ali utilizados; considerando, enfim, o porte e a complexidade das organizações hospitalares, como você pensa que deva ser a gestão dessas organizações?

É razoável imaginar que elas possam ser geridas por indivíduos que não disponham de conhecimentos técnicos especializados sobre a administração hospitalar? Que papel e responsabilidades os profissionais de saúde devem ter na gestão dessas organizações? É socialmente aceitável que os cargos de direção de hospitais públicos sejam ocupados de acordo com critérios de ordem político-partidária?

Regimes administrativos e modelos de gestão nos hospitais brasileiros

Os hospitais brasileiros estão submetidos a diferentes regimes administrativos e modelos de gestão. Quanto ao regime, entendido este como relacionado à propriedade do patrimônio e ainda às normas administrativas de seu funcionamento, podemos distinguir três grandes conjuntos: um primeiro de caráter público e estatal, integrando a administração pública; um segundo grupo constituído no âmbito privado, mas compondo de forma diferenciada funções de interesse público. Este grupo é definido como integrante do terceiro setor, operando para a administração pública mediante condições legais específicas. Finalmente, há o terceiro grupo, também de propriedade privada, tipicamente operando com base nas regras de mercado, podendo ou não, mediante contratos, prestar serviços ao sistema público. No caso brasileiro, é no segmento hospitalar privado, segmento que concentra a maior parte dos hospitais, onde ocorre a maior parcela de internações para o SUS. Dados de 2006 registram no setor privado lucrativo e não lucrativo 52% do total das internações do SUS (Datasus, 2012a).

A administração pública e o terceiro setor encontram-se representados na Figura 1. Como hospitais vinculados à administração pública, temos os modelos próprios da administração direta – hospitais federais, estaduais e municipais, integrantes do próprio Ministério da Saúde (todos os hospitais federais do Rio de Janeiro), Ministério da Educação e ainda dos ministérios militares e das secretarias estaduais e municipais. Este primeiro grupo é o maior, dentre os públicos. Nos níveis estaduais e municipais há ainda hospitais na condição de autarquias, fundações públicas. Em todo o país existem poucos hospitais sob a forma de empresa pública ou sociedade de economia mista. Como empresa pública federal, há somente o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e, como empresa de economia mista também federal, apenas o Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre), vinculado ao Ministério da Saúde.

No espaço da sociedade (Figura 1), estabelecidas por particulares, e todas sem caráter lucrativo, encontram-se:

1) as organizações sociais (OS), instituídas pela lei federal n. 9.637/1998; entre estas, o modelo mais conhecido no âmbito hospitalar é o do estado de São Paulo – organizações sociais da saúde –, regulamentado pela lei complementar estadual n. 846/1998;
2) as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips), instituídas pelo governo federal pela lei 9.700/1999, conhecida como 'lei do terceiro setor');
3) as fundações de apoio;
4) os serviços sociais autônomos, denominados como 'paraestatais', sendo bastante conhecidos o Serviço Social da Indústria (Sesi), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae). Na área hospitalar existe um único caso desta modalidade, a Rede Sarah, no governo federal.

No setor típico privado, encontram-se as demais figuras jurídicas, lucrativas e não lucrativas, instituídas com base no código civil brasileiro.

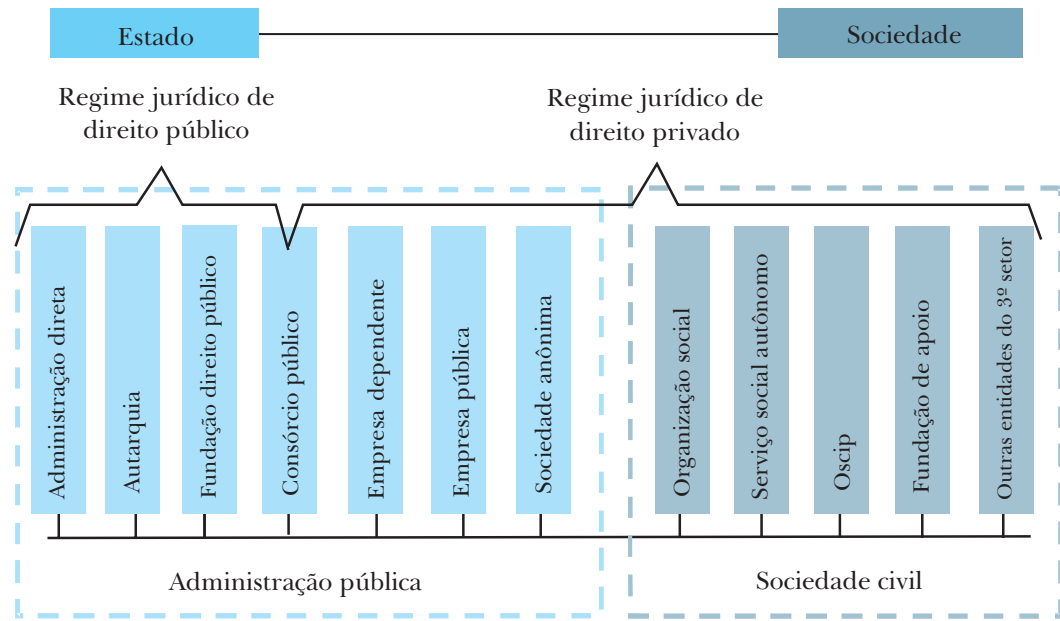
Importante para o debate sobre os modelos de gestão hospitalar são os tipos jurídicos encontrados na administração pública e ainda aquelas modalidades privadas não lucrativas, instituídas e qualificadas como de interesse público.

É reconhecido o quanto os modelos da administração direta, autárquica e mesmo de fundação pública restringem a autonomia aos dirigentes hospitalares nos mais diversos âmbitos administrativos. Como mostra a Figura 1, estas formas institucionais, além de integrarem a administração pública, estão submetidas ao regime administrativo exclusivamente público, com os constrangimentos e limites de autonomia impostos por diversas legislações, a destacar-se a Lei (n. 8.112) do Regime Jurídico Único (RJU), na área de pessoal; a Lei das Licitações (n. 8.666), que regula compras e contratos; a Lei Orçamentária e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que em particular impacta os governos e seus órgãos diretamente vinculados quanto aos tetos de gastos com pessoal.

Embora compondo a administração pública, os demais entes, como empresas e sociedades de economia mista, são regidos pelo direito administrativo privado, ainda que com algumas regras da administração pública. Assim, o regime de pessoal é o da Consolidação das

Leis do Trabalho (CLT), com a obrigatoriedade do concurso público; o regime de compras e contratos pode ser próprio, obedecidos determinados princípios; o orçamento também é próprio. É fato que, embora integrem a administração pública, esses entes possuem autonomia administrativa muito próxima daquela típica do setor privado. Para tais empresas, tal condição é imperiosa, pois atuam em áreas econômicas submetidas à concorrência nacional e/ou internacional, com objetivos claros de competitividade e retorno econômico, além de objetivos estratégicos e outros no interesse do Estado.

Figura 1 – Gradiente de formas institucionais sob as quais o Estado atua na economia e no desenvolvimento social

Estado
Sociedade
Regime jurídico de direito público
Regime jurídico de direito privado
Administração direta
Autarquia
Fundação direito público
Consórcio público
Empresa dependente
Empresa pública
Sociedade anônima
Organização social
Serviço social autônomo
Oscip
Fundação de apoio
Outras entidades do 3º setor
Administração pública
Sociedade civil

Fonte: Salgado, 2010.

Especialmente após a Constituição de 1988, as limitações de autonomia para entes da administração direta, autárquica e fundacional aumentaram. A medida constitucional de maior impacto foi a eliminação da condição dada anteriormente para que as fundações públicas, instituídas por lei, pudessem operar sob regime do direito privado. Um importante exemplo é a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Ministério da Saúde, que, entre outros entes federais, estaduais e municipais, possuía regime do direito privado, e foi, após a Constituição de 1988, transformada em fundação pública de direito público, processo que se convencionou denominar 'autarquização das fundações', uma vez que toda a sua gestão passou a ser similar à de uma autarquia. Essa definição constitucional, ao causar importante restrição de autonomia gerencial para órgãos da administração pública, acabou por gerar diversos mecanismos visando à recomposição de padrões de autonomia.

Para a natureza organizacional hospitalar, com características bastante singulares sobre seu funcionamento, as exigências de autonomia para os dirigentes já eram reconhecidas como condição a possibilitar superiores padrões de eficiência e qualidade. A década de 1990 foi farta no surgimento de modelos alternativos de gestão hospitalar que garantissem maior

autonomia e governabilidade internamente às organizações. Na impossibilidade legal para entes próprios da administração pública, os modelos foram construídos a partir da sociedade.

Entre os modelos mais utilizados têm destaque as fundações de apoio. Essa figura jurídica, independente de ação legal específica da administração pública – lei específica para cada fundação –, é simplesmente uma associação civil, privada, constituída por pessoas e que obtém registro para seu nascimento no cartório de pessoas jurídicas, ao registrar-se o respectivo estatuto. Mesmo antes da lei 8.958/94 (lei federal que regulamenta a fundação de apoio), essa figura já era alternativa em voga.

Fundações de apoio
Entes privados, criados com base na lei federal 8.958/1994. Elas são constituídas em apoio a um hospital, portanto configurando um ente à parte e 'ao lado' de um órgão da administração direta, autárquica ou fundacional pública. Modalidade bastante praticada junto a hospitais universitários públicos (integrantes das autarquias universitárias), mas também em outros hospitais federais (por exemplo, Fundação Ary Frauzino, em apoio ao Instituto Nacional de Câncer/MS, e Fundação Zerbini, em apoio ao Instituto do Coração/USP).

No final da década de 1990, as demais alternativas – organização social (OS) e Oscip – foram regulamentadas, mas não alcançaram sucesso na área hospitalar, salvo casos específicos como as organizações sociais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Mas, para além desses entes, outras modalidades foram praticadas, sempre em direção a associações e/ou contratações com organizações privadas. As terceirizações plenas (todo o hospital) ou parciais (serviços ou sistemas específicos intra-hospitalares) foram mecanismos também utilizados. Muitos hospitais e mesmo secretarias de Saúde operaram contratos com cooperativas para alocação mais flexível de recursos humanos.

Há relativo consenso quanto ao fato de que nos hospitais com desempenho superior quase sempre é identificada alguma característica que lhes permite alcançar mais autonomia, estando esta sempre associada a um dos diversos mecanismos citados.

Mais recentemente, os órgãos de controle público, em especial os tribunais de contas, os ministérios públicos federal, estadual e também do Trabalho, além das controladorias jurídicas dos órgãos executivos, iniciaram processos com o objetivo de que as figuras jurídicas da administração pública, em particular as federais, retomassem práticas estritamente legais. Os órgãos de controle do Estado e do governo reconheceram que as práticas utilizadas pelos entes da administração pública e da administração privada, para alcançar autonomia de gestão, ultrapassaram em vários aspectos os limites legais.

Em especial na gestão de recursos humanos, o governo federal e também os estaduais emitiram normas limitando contratações de pessoal através de terceiras empresas (cooperativas, fundações de apoio etc.). Além disso, várias práticas administrativas antes tidas como legais, incluindo repasses mediante convênios entre o SUS e tais entes, passaram a ser cerceadas, especialmente por meio de ações dos ministérios públicos.

Os hospitais que empregavam tais artifícios administrativos sofreram estrangulamentos importantes, inclusive comprometendo serviços já dependentes dos 'apoios' de entes associados ou contratados externamente. Em julho de 2005, decisão de plenário do Tribunal de Contas da União (TCU) emitiu resolução limitando em definitivo várias práticas administrativas das fundações de apoio para hospitais federais no Rio de Janeiro.

Perspectivas para outras figuras jurídicas na administração pública brasileira: novas possibilidades para a gestão hospitalar

Debates que começaram a ganhar consistência ao final de 2005 indicam movimentos visando à formulação e implementação de novos modelos jurídicos e de gestão aplicáveis aos hospitais públicos. Dentre os elementos característicos e que se destacam como consenso entre os especialistas e formuladores estão a dimensão da autonomia de gestão e a manutenção de sua condição estatal e pública.

As formulações governamentais no âmbito federal para a administração pública brasileira sugerem entes estatais, com natureza pública e submetida ao regime do direito privado. A inserção na administração pública, como indicado na Figura 1, pode ser considerada sob a forma de regime jurídico de direito privado.

Duas alternativas foram apresentadas formalmente como projetos: a fundação pública de direito privado e a empresa pública, também de direito privado. Ambos os entes dispõem de autonomia nas áreas de gestão de recursos humanos, compras e contratos, patrimonial, orçamentária e contábil. A sua configuração encerra as autonomias já típicas das empresas públicas brasileiras, ressalvando, no caso da fundação, a sua condição para atuação exclusiva em área de natureza social, tais como saúde, educação, ciência e tecnologia, desporto, cultura, turismo, dentre outras.

Apesar de a lógica empresarial ser mais típica de mercado, pode-se afirmar que elementos de conjuntura condicionaram o governo federal a formular e implementar a opção de empresa para os hospitais universitários, como será visto adiante. Embora tendo sido gestada anteriormente, em 2005, a fundação pública de direito privado, conhecida como fundação estatal, sofreu e sofre importante resistência de diversos atores, em particular de representações dos trabalhadores públicos presentes nos conselhos de saúde. Projeto de lei para esse modelo jurídico ainda repousa no legislativo, sem perspectivas de implementação, ao menos nos próximos anos, na esfera federal.

Proposta originalmente para os hospitais universitários federais, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) encontra-se constituída como empresa pública de direito privado (lei 12.550 de 15/12/2011), devendo começar a atuar em breve. Seu modelo de funcionamento e forma de relacionamento com os hospitais universitários não estão claros. Prevê-se a criação de subsidiárias – empresas controladas – para atuar para grupos específicos de hospitais. Espera-se que as fundações de apoio a tais hospitais – fundações privadas não lucrativas – tenham suas atuais funções na gestão desses hospitais absorvidas pela empresa pública.

Uma nova alternativa jurídico-administrativa governamental, de base autonomista, é condição necessária para novos modelos de gestão aplicáveis a hospitais públicos, mas certamente não suficiente. O hospital precisa de elevada integração aos demais componentes do sistema de saúde, assegurando outras dimensões além da eficiência, fortemente dependente da autonomia. Dimensões como acesso, continuidade do cuidado, foco nas necessidades de saúde, complementaridade, somente são alcançáveis mediante mecanismos cooperativos, pactuados entre os agentes do sistema, que integrem de forma consistente o hospital à rede de atenção.

Os gestores de sistemas e redes, secretários de saúde, com suas estruturas específicas, possuem função diferenciada no ordenamento e coordenação de toda a rede, a ela subordinando o conjunto e cada um dos serviços que a integram, inclusive os hospitais. Essa condição supõe que, em contrapartida às diversas autonomias possibilitadas por um novo modelo, são necessários instrumentos e práticas mais aperfeiçoadas para coordenação do sistema.

A prática aprimorada com base no contrato de gestão entre gestores e dirigentes de serviços, no caso hospitais, constitui-se elemento essencial para composição de qualquer novo modelo. Especialmente no âmbito federal, envolvendo, sobretudo, hospitais de ensino,

Contrato de gestão
Instrumento próprio da administração pública a ser utilizado para a contratação de serviços e o estabelecimento de compromissos entre um ente público (supervisor ou controlador) e uma outra organização pública, vinculada e descentralizada. Também pode ser utilizado entre um ente público e outro privado que atue em atividades de interesse público. O contrato de gestão estipula metas de produção e desempenho por um período ao ente contratado, com o correspondente valor a ser repassado pelo ente contratante, além de diversas outras atribuições e dos mecanismos de acompanhamento do mesmo, incluindo possibilidades de ajustes e sanções etc.

mas já se estendendo para hospitais filantrópicos, entre outros, há normas elaboradas para a prática da contratualização em hospitais.

É na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a partir da experiência acumulada com a contratualização dos hospitais sob gestão de organizações sociais de saúde, onde se encontra a tecnologia mais desenvolvida no país quanto à gestão hospitalar com base em contratos de gestão. Um contrato deve ser compreendido como instrumento e práticas de pactuação de objetivos institucionais entre o ente executor das ações de saúde – o hospital – e o mantenedor institucional – o gestor do sistema. O contrato configura-se como dispositivo de acompanhamento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aperfeiçoamento contínuo das suas relações de cooperação, supervisão e fiscalização com o poder público.

O contrato de gestão implica a explicitação de compromissos e metas almejadas, favorecendo a instauração de uma 'cultura de resultados' na organização. O processo de contratualização e de acompanhamento dos contratos resulta em custos adicionais de transação, com a necessidade de novas tecnologias de gestão, incluindo novos especialistas e, sobretudo, aperfeiçoamento dos sistemas de informações.

O objeto do contrato deve ser especificado de acordo com dimensões e eixos norteadores da ação institucional, que compreendem o conjunto das atividades realizadas pelo hospital, a partir de suas possibilidades, tecnologias, cultura, mas no interesse maior do sistema de atenção, o que naturalmente requer financiamento correspondente. O contrato viabiliza uma nova modalidade de pagamento ao hospital, por orçamentação global, com base em custos parametrizados e em função dos serviços efetivamente pactuados.

Em suma, há tendências, fruto de acúmulos alcançados, para novas alternativas organizacionais aplicáveis a hospitais públicos que considerem a autonomia dentro da própria administração pública.

Para refletir

Nos últimos anos muito se inovou nos modelos de gestão hospitalar no setor público, contudo com questionamentos pelos órgãos de controle externo. Entre as características da complexidade de gestão das organizações hospitalares, três se destacam como importantes para efetivar novos modelos: a autonomia gerencial, a introdução da contratualização com os gestores do sistema e a efetiva profissionalização da gestão. Como você avalia a possibilidade de o SUS incorporar estas exigências e implantar novos modelos efetivos de gestão hospitalar?

Considerações finais

Os anos recentes, em particular após o SUS, são ricos em inovações e desafios para a atenção e a gestão hospitalar em nosso país. O acelerado desenvolvimento tecnológico em saúde, combinado com perspectivas de políticas públicas mais efetivas e equânimes, se faz acompanhar de exigências mais racionais no campo organizacional, além de economicamente sustentáveis. Trata-se de equação de enorme complexidade, ainda mais ao se somarem a necessária transparência e controle social sobre as políticas mais gerais, aplicação de recursos, ações e resultados efetivamente alcançados por serviço.

A resolução da equação, por mais que esteja em curso, já com ganhos notórios para o sistema e para a população, segue com limites, contradições e paradoxos. Ainda se registra

limitada clareza sobre como estabelecer um padrão estratégico de desenvolvimento para a atenção hospitalar no país, alinhado às políticas e programas em atenção básica e à atenção especializada não hospitalar, e à altura dos novos padrões de complexidade das doenças, que exigem simultaneamente mais tecnologia incorporada aos hospitais e menor número de leitos no sistema. Uma nova atenção hospitalar que só é possível em um novo hospital, com novas tecnologias e práticas hospitalares. Não há como configurar novos modelos de atenção hospitalar sem que sejam acompanhados igualmente por novos tipos organizativos e novos modelos de gestão. A atenção e a gestão são elementos interdependentes.

Dispõe-se de experiências e conhecimentos acumulados tanto na atenção quanto na gestão hospitalar – obrigatoriamente considerando outros países – e observa-se certa efervescência, como se estivéssemos próximos de novos horizontes, em que já são perceptíveis alguns novos padrões, com potencial para deslocamento de antigos e desgastados modelos hospitalares.

Leituras recomendadas

ABRUCIO, F. Contratualização e organizações sociais: reflexões teóricas e lições da experiência internacional. *Debates GV Saúde*, 1(10): 24-27, 2006.

BERND, R. *et al*. *Investing in Hospitals of the Future*, 2009. (The European Observatory on Health Systems and Policies Studies Series, n. 16). Disponível em: <www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2012.

EDWARDS, N.; WYATT, S. & MCKEE, M. *Configuring the Hospital for the 21st Century*, 2004. The European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Brief, n. 5. Disponível em: <www.euro.who.int/document/e84697.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2007.

MCKEE, M. & HEALY, J. (Eds.) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002. (European Observatory on Health Care Systems Series). Disponível em: <www.euro.who.int/document/e74486.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *A Transformação da Gestão dos Hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: Opas, OMS, 2004.

PORTER, R. O hospital. *In*: PORTER, R. (Org.) *Das Tripas Coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

VECINA NETO, G. & BARBOSA, P. R. Estruturas jurídico-institucionais e modelos de gestão para hospitais e outros serviços de saúde. *In*: VECINA NETO, G. & MALIK, A. (Orgs.) *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Sites de interesse

Datasus – Banco de dados do SUS: www.datasus.gov.br

Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde (European Observatory on Health Systems and Policies Studies): www.euro.who.int/observatory

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) – Indicadores de saúde: Topics/Health: www.oecd.org

Referências

DATASUS. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS. SIH/SUS*, 2012a. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 20 mar. 2012.

DATASUS. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*, 2012b. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em: 20 mar. 2012. ADAM, P. & HERLIZLICH, C. O surgimento da medicina moderna e seu papel no cuidado das doenças. *In*: ADAM, P. & HERLIZLICH, C. (Orgs.) *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: Edusc, 2001.

ALFRADIQUE, M. E. & MENDES, E. V. *As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial no Brasil*. Belo Horizonte, 2001. (Mimeo.)

BRAGA NETO, F. C. *Examinando Alternativas para a Administração de Hospitais: os modelos de gestão descentralizado e por linhas de produção*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira*. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília: MS, 2004b. (Série F - Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

CASTORO, C. *et al*. *Day Surgery: making it happen*. European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Brief, n. 12. Disponível em: <www.euro.who.int/document/E90295.pdf>.

CONTRANDIOUPOULOS, A. P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair do status quo inaceitável. *Saúde em Debate*, 49-50, dez.1995-mar.1996.

CORDEIRO, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

EDWARDS, N.; HENSHER, M. & WERNEKE, U. Changing hospital systems. *In*: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. & SAKERLLARIDES, C. (Eds.) *Critical Challenges for Health Care Reform*. Buckingham: Open University Press, 1998.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. *Observatory's Health Systems Glossary*. Disponível em: <www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>. Acesso em: 20 mar. 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRIEDMAN, M. & FRIEDLAND, G. W. *As Dez Maiores Descobertas da Medicina*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

HEALY, J. & MCKEE, M. The evolution of hospital systems. *In*: MCKEE, M. & HEALY, J (Eds.) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002. (European Observatory on Health Care Systems Series).

MARINHO, A. *Evidências e Modelos sobre a Coexistência e Hospitais com Fins Lucrativos e Hospitais sem Fins Lucrativos no Sistema Único de Saúde Brasileiro*. Brasília: Enap, MPOG, 2004. (Textos para discussão).

MCKEE, M. & HEALY, J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 803-810, 2000.

MCKEE, M. & HEALY, J. (Eds.) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002. Disponível em: <www.euro.who.int/document/e74486.pdf>. (European Observatory on Health Care Systems Series).

MENDES, E. V. *Os Grandes Desafios do SUS*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), Casa da Qualidade Editora, 2001. Tom os I e II.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *OECD Health Data 2011*. Disponível em: <www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>. Acesso em: 14 maio 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *A Transformação da Gestão dos Hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: Opas, OMS, 2004.

PERPÉTUO, I. H. O & WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis a atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. *In*: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 12, 2006, Diamantina. *Anais*... Diamantina, 2006.

PORTER, R. O hospital. *In*: PORTER, R. (Org.) *Das Tripas Coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PREKER, A. S. & HARDING, A. (Eds.) *Innovations in Health Service Delivery: the corporatization of public hospitals*. Washington: The World Bank, 2003.

RIERA, J. *Historia, Medicina y Sociedad*. Madri: Piramide, 1985.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

SALGADO, V. *Modelos de Gestão Pública*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Secretaria de Gestão/Departamento de Articulação e Inovação Institucional, 2010.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. & SAKERLLARIDES, C. (Eds.) *Critical Challenges for Health Care Reform*. Buckingham: Open University Press, 1998.

SANTOS, F. M. *História de Santos*. 2. ed. São Vicente: Caudex, 1986.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R. & DEVERS, K. J. Reinventing the American hospital. *Milbank Quarterly*, 73(2): 131-160, 1995.

SLOAN, F. Not-for-profit ownership and hospital behavior. *In*: CULIER, A. J. & NEWHOUSE, J. P. (Eds.) *Handbook of Health Economics*. Amsterdan: Elsevier-North-Holland, 2000. v.1 B.

SPIGOLON, J. L. *Reengenharia dos Hospitais: estratégias para o fortalecimento do setor hospitalar filantrópico*. Porto Alegre, 2002. (Mimeo.)

STOECKLE, J. D. The citadel cannot hold: technologies go outside hospital, patients and doctor too. *Milbank Quarterly*, 73(1): 3-17, 1995.

19. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil

Samuel Jorge Moysés

Este capítulo tem como eixo norteador a investigação de concepções teóricas e experiências práticas determinantes para o desenvolvimento histórico dos modos de inserção da área de saúde bucal no campo mais geral das políticas e dos sistemas de saúde. O exame das distintas modalidades de organização da atenção em saúde bucal será feito mediante duas matrizes analíticas principais: 1) a esfera pública, identificando as formas de intervenção do Estado e o padrão de sua atuação na área social e da saúde bucal; 2) a esfera privada e o papel reservado ao mercado na oferta e uso de ações e serviços odontológicos.

A estruturação do capítulo adota ainda dois outros eixos norteadores: 1) o debate político e os dilemas sócio-organizativos referentes à necessidade de garantia do direito universal à saúde bucal, tendo como fundamento as profundas iniquidades sociais refletidas na epidemiologia da saúde bucal, em suas distintas dimensões; 2) a abordagem integral como forma de enfrentamento aos processos de saúde-enfermidade bucal, reunindo as dimensões da promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Em suma, este capítulo pretende provocar no leitor uma reflexão crítica acerca dos diferentes cenários e possibilidades apresentadas contemporaneamente na área da saúde bucal.

Exemplos internacionais selecionados de organização da atenção à saúde bucal

Um ponto de partida para a problematização do campo da saúde bucal, no plano internacional, poderia ser a formulação da seguinte questão: o acesso e a utilização de ações e serviços de saúde bucal constituem um direito público das populações, ou um privilégio para os indivíduos que podem comprar serviços no mercado?

Este problema central será trabalhado com o pressuposto de que há experiências acumuladas, suficientemente relevantes, para auxiliar a reflexão crítica sobre a questão. Desse modo, será realizada uma síntese de algumas experiências internacionais, selecionadas em virtude de serem exemplos referenciais sobre modalidades organizativas de saúde bucal em contextos societários diversos, culminando com a discussão histórica e conjuntural a respeito da saúde bucal no Brasil.

As sínteses analíticas internacionais apresentadas a seguir sumarizam experiências nacionais de referência para a Europa, a Oceania e o continente americano. As informações utilizadas – exceto para Cuba, Estados Unidos e Brasil – foram baseadas nos relatórios denominados *Sistemas de Atenção à Saúde em Transição* (*The Health Care Systems in Transition – HiT*), desenvolvidos pelo Observatório Europeu sobre Sistemas e Políticas de Saúde (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011).

Para o continente europeu, merecem destaque as experiências em saúde bucal desenvolvidas na Alemanha, no Reino Unido e nos países escandinavos. A Alemanha é reconhecida no mundo ocidental como o primeiro país a introduzir um sistema nacional de seguro social, ainda no final do século XIX, que ficou conhecido como modelo bismarckiano de proteção social.

No que se refere à organização social da atenção em saúde bucal, a Alemanha contava com um cirurgião-dentista para cada 1.284 habitantes em 2005. A atenção odontológica faz parte do catálogo de serviços do seguro social de doença, contudo este é o setor assistencial em que incidem maiores taxas de copagamento. Os dentistas credenciados das Caixas de Doença atendem os segurados em seus consultórios particulares. Predominam, na prática dos dentistas na Alemanha, os esquemas privados, com pagamentos por desembolso direto realizados pelos usuários ou esquemas de copagamentos para alguns procedimentos cobertos pelas Caixas de Doença. Isenções de copagamento têm tradição longa no seguro social de doença alemão e são concedidas a grupos específicos da população, tais como pessoas de baixa renda ou desempregadas, pessoas com necessidades especiais, crianças e adolescentes até a idade de 18 anos e gestantes. A partir de 2004, a isenção geral em razão da pobreza foi abolida, tornando-se também mais restritivos os regulamentos para isenção parcial.

Você pode conhecer as características do modelo de seguro social bismarckiano nos capítulos 1 e 3.

Não obstante, as doenças bucodentais oferecem exemplos de prováveis sucessos dos esforços preventivos recentes no país. Em 1992 e 1993, escolares de 12 anos na Alemanha apresentavam um dos índices CPO-D médios mais altos em países da Comunidade Europeia (3,9 contra 2,9 na média europeia). Mas o índice alemão melhorou para 1,7, em 1997, e para 1,2, em 2000.

CPO-D

É o índice de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como padrão para estudos epidemiológicos da cárie dentária. Foi descrito por Klein e Palmer em 1937 (USA, 1948) e, desde então, tem sido utilizado pela comunidade odontológica internacional. Os dados mais coletados internacionalmente são referentes à idade-índice de 12 anos. Nesta idade, um índice CPO-D inferior a 1,2 é considerado muito baixo; entre 1,2-2,6 é baixo; 2,7-4,4 é moderado; 4,5-6,5 é alto; acima de 6,6 é muito alto.

No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS), que entrou em operação em 1948, é caracterizado como um sistema público de saúde financiado pelo Estado, com ênfase na igualdade de acesso. Os consensos políticos construídos durante a Segunda Guerra Mundial para instituir o NHS estavam em consonância com outras iniciativas de um Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) em áreas como previdência social, educação e habitação (Figura 1).

Mais informações sobre *Welfare States* ou Estados de Bem-Estar Social você pode encontrar nos capítulos 1 e 2.

Figura 1 – Cópia de material impresso distribuído à sociedade britânica às vésperas do início de operação do National Health Service (NHS), em julho de 1948

THE NEW
NATIONAL
HEALTH
SERVICE

*

Your new National Health Service begins on 5th July. What is it? How do you get it?

It will provide you with all medical, dental, and nursing care. Everyone—rich or poor, man, woman or child—can use it or any part of it. There are no charges, except for a few special items. There are no insurance qualifications. But it is not a "charity". You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness.

Fonte: Arquivo cedido por gentileza de Paulo Sávio Góes (professor da Universidade Federal de Pernambuco).

Tradução do texto contido na Figura 1

O seu novo Serviço Nacional de Saúde se inicia em 5 de julho. O que ele significa? Como você chega até ele?

O serviço fornecerá todo o cuidado médico, odontológico e de enfermagem para você. Qualquer um – rico ou pobre, homem, mulher ou criança – poderá utilizá-lo integralmente ou em parte. Nada será cobrado, exceto alguns itens especiais. Não há qualquer qualificação de seguro. Mas não se trata de 'caridade'. Você o está financiando principalmente como pagador de impostos, e ele irá aliviar suas preocupações financeiras em tempos de enfermidades.

Embora tais condições permaneçam inalteradas, mudanças na história do NHS aconteceram a partir de 1979, quando o governo conservador de Margaret Thatcher promoveu uma reforma radical na esfera econômica e social, com reflexos também no sistema de saúde.

O governo do Partido Trabalhista Inglês, eleito em 1996, formulou críticas ao mercado interno criado no período neoliberal anterior, argumentando que tinha conduzido o NHS à fragmentação, à iniquidade de acesso, ao aumento da burocracia e à falta de responsabilidade/transparência pública. O período entre 1997 e 2010 demarca um novo ciclo de reformas ininterruptas, buscando devolver ao NHS suas características públicas. Em maio de 2010, todavia, a mudança no governo central, com a eleição de uma coalizão conservadora liberal-democrata poderá ter consequências de longo alcance para o NHS (Boyle, 2011).

Leia mais sobre a reforma do NHS e as tendências internacionais, os modelos e resultados das reformas de sistemas de saúde no capítulo 25.

Dentro do NHS, serviços odontológicos básicos são providos por dentistas independentes mediante contratos feitos com autoridades de saúde. As taxas de copagamento são consideráveis, com indivíduos que pagam até 80% do custo da assistência. No entanto, esses custos não são cobrados para certos grupos de pacientes, em particular crianças, pessoas de baixa renda, gestantes ou lactentes. Diversos desses profissionais têm prática privada estabelecida em consultórios e oferecem tratamentos particulares (por fora) aos pacientes do NHS. Em certas regiões, ao enfrentar dificuldades para obter tratamento do NHS, muitas pessoas têm se tornado clientela privada dos seus antigos dentistas do NHS, assim como formas de seguro odontológico privado vêm se expandindo em anos recentes.

No período 2004-2005, o NHS estabeleceu a meta de recrutar o equivalente a mil novos dentistas de tempo integral para aliviar problemas em certas regiões. Adicionalmente, cerca de

700 mil pessoas foram registradas com dentistas do NHS no mesmo período, aumentando de 23,7 milhões para 24,4 milhões o número de cidadãos potencialmente cobertos. Os planos do governo em relação a serviços odontológicos se concentraram em reduzir desigualdades em saúde bucal e superar dificuldades de acesso para tratamento no NHS.

Havia no Reino Unido, no início de 2008, aproximadamente 35.400 cirurgiões-dentistas e mais 1.700 profissionais odontológicos registrados (por exemplo, enfermeiras, higienistas, técnicos em saúde bucal). Em 2009-10 o NHS apresentava o cadastro de 21.700 dentistas provendo serviços bucais em unidades de atenção primária à saúde, a maioria deles (72%) operando sob o contrato geral de serviços bucais. O CPO-D para a Inglaterra, Escócia e País de Gales em 2004-5 era de 0,7, valor muito baixo mesmo para os padrões europeus (embora no Reino Unido este dado seja relativo à idade de 11 anos e não 12 anos, que é a idade-índice internacional).

Para os países escandinavos, embora os cuidados de saúde em geral sejam de acesso universal e financiados com recursos fiscais, sendo considerados parte da seguridade social, com garantia de acesso público, há algumas exceções para serviços parcialmente pagos diretamente pela população, tais como medicamentos e assistência à saúde bucal. A organização e a oferta de serviços odontológicos apresentam algumas diferenças sutis, entre países apresentadas a seguir.

O primeiro destaque pode ser dado para a Dinamarca e seu serviço nacional de saúde de acesso universal. Dentistas se estabelecem onde quer que escolham, podendo ser reembolsados pelo sistema nacional de saúde por seus serviços. Dois terços dos cerca de 5.500 dentistas da Dinamarca (um dentista para 1.168 habitantes) trabalham em consultórios privados; o terço remanescente é empregado nos municípios, onde realizam serviços, como cuidados preventivos e curativos em saúde bucal, que são gratuitos para crianças e jovens até 18 anos. Gestantes e pessoas com necessidades especiais também têm acesso a tais serviços sem necessidade de desembolso pessoal. Adultos, em geral, têm de pagar por parte dos custos do cuidado odontológico recebido. A quantia reembolsável depende do procedimento executado, mas corresponde normalmente à pequena parte do custo total.

Na Suécia, com proporção média de um dentista para 657 habitantes, a atenção odontológica a crianças e adolescentes até a idade de 19 anos é oferecida pelo Estado sem qualquer custo direto. O financiamento de cuidados odontológicos para adultos acima da idade de 20 anos é garantido pelo Seguro Social Nacional em um sistema baseado em pagamento fixo por procedimento. Ou seja, tais serviços odontológicos são parcialmente subsidiados, com valores variáveis por faixas etárias da população, pagos pelo seguro social diretamente ao prestador do serviço. Se os serviços odontológicos requeridos por uma pessoa fazem parte do quadro de comorbidade de outra doença, ou no caso de o paciente ser idoso ou incapacitado, há teto de copagamento, que será realizado diretamente pelo usuário do serviço, ficando o restante dos custos subsidiado pelo Estado.

A Noruega tem um sistema de saúde baseado no princípio da igualdade de direitos de acesso aos serviços, independentemente de condição social, local de moradia e renda. O acesso universal ao serviço nacional de saúde norueguês inclui uma gama extensiva de serviços preventivos e curativos. O tratamento odontológico para adultos e o provimento de óculos, porém, são excluídos do rol de serviços públicos gratuitos. Com proporção média de um dentista para 797 habitantes, a atenção odontológica primária pública cabe aos municípios, com oferta prioritária de serviços de forte base preventiva para crianças

e adolescentes até 19 anos, assim como para idosos e portadores de doenças crônicas que estejam institucionalizados ou recebendo cuidado domiciliar.

A Tabela 1 resume a evolução cronológica com redução de CPO-D aos 12 anos para os países escandinavos analisados. Ressalta-se que em todos estes países há cobertura universal pública odontológica gratuita até 19 anos.

Tabela 1 – Dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D) aos 12 anos. Dinamarca, Suécia e Noruega – anos disponíveis

CPO-D$_{12\ anos}$									
Anos disponíveis	1975	1977	1980	1985	1990	1995	2000	2002-3	2005-6
Dinamarca	5,2	-	5,0	2,1	-	1,2	1,0	0,9	0,8
Suécia	-	6,3	-	-	2,0	-	1,0	1,1	1,0
Noruega	8,4	-	8,4	-	2,7	1,9	1,5	1,3	1,3

Fonte: Malmö University, Who Global Oral Health Programme & Oral Health Country/Area Profile Project, 2011.

Para refletir

Quais as características distintivas e os pontos de convergência entre os modelos de organização da atenção em saúde bucal nos países europeus analisados? Que determinantes explicariam o êxito por eles alcançado na redução do CPO-D em populações jovens?

Na Oceania, a Austrália tem um complexo sistema de saúde com muitos tipos de serviços e diversos provedores, além de uma gama de mecanismos de financiamento e de regulação.

Um princípio fundamental do sistema de saúde é o acesso universal para a maioria da população, independentemente da capacidade de pagamento. Contudo, serviços odontológicos em geral não são cobertos pela esfera pública, exceto para pessoas de baixa renda e crianças. A melhoria dramática em saúde bucal na Austrália, com um CPO-D aos 12 anos de 1,0, no período 2003-4, tem sido atribuída à adição de flúor à água e a outros programas educativos e de promoção à saúde e preventivos acompanhados pelo Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, além de serviços odontológicos públicos para crianças de idade escolar (Malmö University, Who Global Oral Health Programme & Oral Health Country/Area Profile Project, 2011).

Nas Américas, o Canadá apresenta um sistema nacional de saúde de base provincial e cobertura pública universal. Todavia, 94% dos serviços odontológicos canadenses ocorrem fora da regulação do sistema público. Metade (55%) de todo cuidado odontológico é custeada por seguro privado. A maioria dos contratos com seguros privados é baseada em pacotes de compensação vinculados ao emprego formal (tipo de salário indireto). As províncias canadenses variam na forma como oferecem coberturas e subsídios para saúde bucal. Cirurgias dentais executadas nos hospitais são cobertas publicamente. Outra exceção é o serviço público odontológico gratuito para escolares, que vigora em algumas províncias, como Ontário. Dados disponíveis para o CPO-D aos 12 anos, de 1996-7, na província do Québec, refletem um valor médio de 2,1 – considerado baixo em termos globais, mas moderado para países desenvolvidos (Malmö University, Who Global Oral Health Programme & Oral Health Country/Area Profile Project, 2011).

Cuba, uma situação notável nas Américas, é um país que dispõe de um sistema nacional de saúde inteiramente estatal. Lá vigora o princípio de que "saúde é um direito de todos e um dever do Estado", de acordo com a lei n. 41, de julho de 1983. A rede de serviços é integrada por hospitais, policlínicas, clínicas e serviços de estomatologia (odontologia), dentre outros, presentes nas 15 províncias do Estado cubano. Nos anos 80, com a introdução do modelo de atenção primária, baseado na medicina de família, houve a vinculação de dentistas de família a essa equipe de atenção, que é responsável por uma área geopopulacional, com prioridade para escolares e jovens até 18 anos, menores de um ano, gestantes, idosos acima de 60 anos e portadores de deficiências. A estratégia de saúde bucal tratou de reunir os recursos do nível local, partindo de forte coordenação política e da articulação de ações intersetoriais com a participação das organizações sociais e da comunidade de dado território. As ações foram centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais, para formar hábitos e estilos de vida saudáveis. Existem clínicas especializadas para atenção referenciada, e cada dentista de família é responsável por determinado número de famílias, atuando junto com o Programa de Agentes de Saúde. No período 1984-2005, o índice CPO-D médio aos 12 anos caiu de 4,37 para 1,5, e o percentual de pessoas com 18 anos sem perda dental evoluiu de 36% para 76% (Zacca Gonzalez, Sosa Rosales & Mojáiber de la Pena, 2001; Malmö University, Who Global Oral Health Programme & Oral Health Country/Area Profile Project, 2011).

Finalmente, nos Estados Unidos da América, a competição entre as forças de mercado constitui, desde longa data, parte da ideologia político-societária americana. Muitos dos processos relativos ao *American way of life* repercutem fortemente em outros países. Exemplo disso, na odontologia, é o *Relatório Gies*, publicado em 1926 pelo governo americano e que influenciou, de modo definitivo, o modelo de educação e de prática odontológica nos Estados Unidos e nos demais países sob influência americana (Figura 2).

Figura 2 – *Relatório Gies*: um marco na educação odontológica

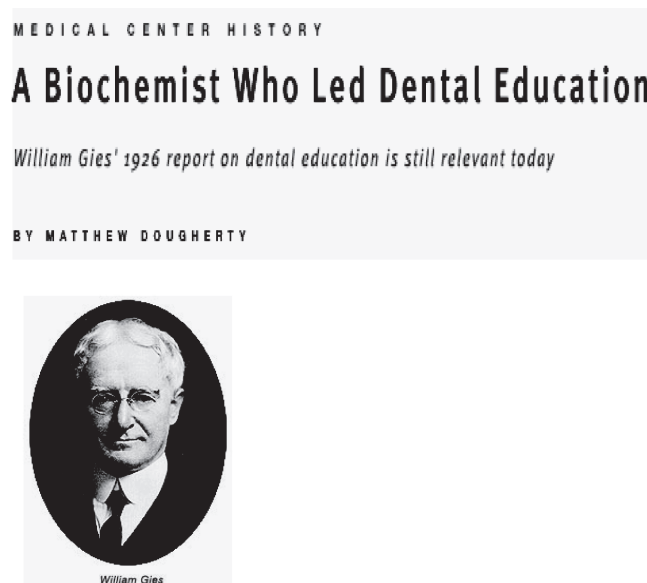
MEDICAL CENTER HISTORY

A Biochemist Who Led Dental Education

William Gies' 1926 report on dental education is still relevant today

BY MATTHEW DOUGHERTY

William Gies

Fonte: Disponível em: <www.cumc.columbia.edu/news/in-vivo/Vol2_Iss06_mar26_03/medical-history.html>.

William J. Gies, um dos fundadores da Columbia University School of Dental and Oral Surgery e importante protagonista na criação da International Association for Dental Research, em 1920, é provavelmente mais importante pelo relatório que produziu, conhecido como *Gies Report*. Este documento, produto de longa investigação financiada pela Carnegie Foundation, buscou detalhar os problemas e as insuficiências das escolas odontológicas dos Estados Unidos e do Canadá, em trabalho similar ao conhecido *Relatório Flexner* da área médica, publicado em 1910. Alguns efeitos das recomendações de Gies, adotadas pelo governo americano, fizeram-se visíveis ao longo do século XX. Por exemplo: ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras como modelo de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como lócus privilegiado do exercício profissional.

No capítulo 15, você pode ler sobre os fundamentos da medicina flexneriana e a presença deste modelo na assistência em saúde no Brasil.

O modelo norte-americano de prestação de serviços odontológicos baseia-se essencialmente na prática individual privada, e o profissional recebe seus honorários diretamente do paciente. Entretanto, ampla variedade de formas de pré e pós-pagamento proliferam no país, mantendo-se restrita a participação do setor público. O gasto nacional com serviços odontológicos nos Estados Unidos, em 2002, foi de cerca de US$ 70,3 bilhões (USA, 2004). Epidemiologicamente, o percentual de pessoas com cáries dentais não tratadas tem declinado para todas as faixas etárias, exceto para crianças entre 2 e 5 anos de idade. No período 1999-2000, 26% dos adultos entre 18 e 64 anos de idade tinham cáries dentais sem tratamento. Em 2002, 63% de adultos entre 18 e 64 anos declararam ter realizado uma visita aos serviços odontológicos no último ano, mas tal acesso variou entre pouco menos de 50% para os mais pobres até cerca de 70% para os de maior renda. Dados do período 1997-2002 estimaram que aproximadamente 30% da população com 65 ou mais anos de idade tinha perdido todos os dentes naturais. O CPO-D aos 12 anos, para o período 1999-2004 ficou na marca de 1,2 (Malmö University, Who Global Oral Health Programme & Oral Health Country/Area Profile Project, 2011).

Para refletir

No contraste representado pelos modelos cubano e estadunidense, traduzindo suas opções sócio-históricas, que aspectos centrais poderiam orientar formuladores de políticas e tomadores de decisão quanto à efetividade das práticas de atenção em saúde bucal?

Iniquidades sociais refletidas na saúde bucal

Situação mundial

Os cuidados em saúde bucal se integram à visão de organismos internacionais da agenda de Saúde para Todos, estabelecida desde 1977 e consagrada em 1978, na Declaração Internacional de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata. Esta agenda foi atualizada sucessivamente, culminando recentemente nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidas em 2000.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma revisão global de saúde bucal, enfatizando que, apesar de grandes melhorias na saúde bucal de populações em vários países,

problemas persistentes ainda são graves, em particular nos grupos de baixa renda, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos (Quadro 1).

Quadro 1 – Prevalência percentual de edentulismo (perda dental) de acordo com a faixa etária. Países selecionados – 2005

Região da OMS/País	% de edêntulos	Grupo etário
África		
Madagascar	25	65-74
Américas		
Canadá	58	65+
EUA	26	65-69
Leste do mediterrâneo		
Egito	7	65+
Líbano	35	65-75
Arábia saudita	31-46	65+
Europa		
Albânia	69	65+
Áustria	15	65-74
Dinamarca	27	65-74
Finlândia	41	65+
Islândia	72	65+
Itália	13	65-74
Reino Unido	46	65+
Sudoeste asiático		
Índia	19	65-74
Indonésia	24	65+
Tailândia	16	65+
Oeste do pacífico		
China	11	65-74
Malásia	57	65+
Cingapura	21	65+

Fonte: Petersen *et al.*, 2005.

No Quadro 1, é preciso destacar a ausência de correlação direta, linear, entre níveis de desenvolvimento socioeconômico e perda dental. De fato, os níveis de edentulismo apresentados para os países refletem aspectos particulares da história natural da cárie dental e de seus determinantes sociais. É preciso lembrar que essa doença adquire magnitude epidemiológica associada a padrões dietéticos em que o açúcar torna-se fartamente disponível, especialmente nas sociedades que se modernizaram ao longo do século XX. Alia-se a isto o desenvolvimento de modelos de assistência odontológica de caráter curativo-reparador (e, muitas vezes, mutilador, em que assistência era sinônimo de extração dentária).

Isso explica, em parte, por que algumas populações de idade mais avançada em países pobres sofreram pouca perda dental, enquanto outras, em países desenvolvidos, trazem a

herança do edentulismo produzido décadas atrás. Contudo, esse quadro vem mudando rapidamente para as novas gerações, já que a maior parte das nações industrializadas passou a investir fortemente em estratégias preventivas, ao passo que nos países pobres as populações sofrem a 'modernização perversa', repetindo parte da história odontológica de nações desenvolvidas e de seus malogros em décadas passadas.

Importantes problemas de saúde pública em âmbito mundial, como cáries dentais, doenças gengivais e periodontais, perdas dentais, lesões de mucosa, traumatismos bucodentais e cânceres na região de orofaringe, além de afecções bucais relacionadas com HIV/Aids, integram o grupo de agravos e doenças negligenciadas. Mudanças importantes nos padrões de doença bucal estão intimamente relacionadas a determinantes socioambientais e alterações em estilos de vida, que incluem dietas ricas em açúcares, uso difundido de tabaco e álcool, sedentarismo e estresse crônico em ocupações com rotinas desgastantes.

No capítulo 21, você encontra a definição de doenças negligenciadas.

Situação específica das Américas

Informações dos anos 2000 sugerem que o perfil de saúde bucal das populações americanas está evoluindo positivamente (Paho, 2011). Usando o CPO-D como índice e adotando a recomendação da OMS para que as nações perseguissem um CPO-D médio inferior a 3,0 em jovens de 12 anos, ao redor do ano 2000, parece haver um suposto sucesso continental em torno dessa meta (Quadro 2).

Embora o Quadro 2 indique tendência de melhora nos indicadores epidemiológicos da cárie, a situação continental continua problemática em relação a esta doença e a outros problemas bucais, em especial nos países mais pobres. A avaliação mais rigorosa da situação na América Latina e no Caribe (Petersen, 2003) revela que:

- a prevalência de cáries dentais está baixando na população até 12 anos, mas há grandes iniquidades na obtenção dessas melhorias, considerando distintos estratos sociais, além da grave condição ainda presente em menores de 6 anos e na população adolescente;
- parte importante dos serviços públicos existentes ainda toma a extração dental como sinônimo de cuidados odontológicos;
- ainda há baixa exposição a fluoreto sistêmico;
- o acesso insuficiente ou desorganizado à atenção primária de saúde compromete seriamente as condições de acesso a práticas integrais de saúde bucal;
- permanece o desafio político-estrutural dos sistemas nacionais de saúde de organizarem a atenção em saúde bucal em base populacional.
- a pobreza e a exclusão sociossanitária continuam tendo a área de saúde bucal como uma de suas mais evidentes expressões de iniquidade

Quadro 2 – Evolução dos índices CPO-D nas Américas – período anterior a 1990 até 2004

CPO-D > 5		CPO-D 3-5		CPO-D < 3	
Antes de 1990 (14 países)	2004 (2 países)	Antes de 1990 (10 países)	2004 (7 países)	Antes de 1990 (6 países)	2004 (29 países)
Belize	Guatemala	Argentina	Argentina	Bahamas	Anguila
Bolívia	Santa Lúcia	Canadá	Bolívia	Bermudas	Aruba
Brasil		Colômbia	Chile	Cuba	Bahamas
Chile		Equador	República Dominicana	Guiana	Barbados
Costa Rica		Ilhas Cayman	Honduras	Dominica	Belize
República Dominicana		México	Panamá	EUA	Bermudas
El Salvador		Panamá	Paraguai		Brasil
Guatemala		Peru			Canadá
Haiti		Trinidade e Tobago			Ilhas Cayman
Honduras		Venezuela			Colômbia
Jamaica					Costa Rica
Nicarágua					Cuba
Paraguai					Curaçao
Uruguai					Dominica
					Equador
					El Salvador
					Granada
					Guiana
					Haiti
					Jamaica
					México
					Nicarágua
					Peru
					Suriname
					Trinidade e Tobago
					Ilhas Turcas e Caicos
					Uruguai
					EUA
					Venezuela

Fonte: Opas, 2005.

Opções societárias no debate internacional sobre arranjos organizativos da área de saúde bucal

Os modos de tratamento convencional de doenças bucodentais são extremamente caros nos países industrializados e, com frequência, inviáveis na maioria dos países em desenvolvimento ou países não desenvolvidos. A Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis da OMS vem adotando a abordagem dos Fatores de Risco Comum (FRC), que tem sido reforçada recentemente com um trabalho global orientado para os determinantes da saúde bucal e o combate às iniquidades (Sheiham *et al.*, 2011).

A abordagem FRC distingue entre ações orientadas para reduzir 'fatores de risco' e ações que promovem 'fatores de saúde'. Várias doenças crônicas, tais como cardíacas e acidentes vasculares, metabólicas e carcinomas, e doenças bucais têm fatores de risco em comum, e muitos fatores de risco são associados a mais de uma doença crônica. Estratégias voltadas para fatores de risco em comum são mais racionais do que as dirigidas a doenças específicas, sugerindo que estratégias de largo espectro, voltadas para determinantes gerais de saúde, exercerão um efeito favorável, não apenas em uma doença ou condição singular, mas também, simultaneamente, em várias doenças ou condições. O conceito-chave, sublinhando a abordagem FRC, é que a promoção de saúde, por meio do controle de um número pequeno de fatores de risco, pode ter um grande impacto em um número grande de doenças e a um custo menor que abordagens para doenças específicas. Grandes economias podem ser feitas por meio de trabalho coordenado (Moysés & Sheiham, 2000).

O Programa de Saúde Bucal da OMS também fortaleceu globalmente seu trabalho, buscando conexões com outros programas setoriais que elegem a promoção de saúde como marco referencial de transformação de conceitos e práticas para intervenção de base populacional (Petersen, 2003). A literatura recente analisa e discute cenários que permitem visualizar como múltiplas intervenções podem ser pensadas, atuando sobre múltiplos problemas de saúde (Sheiham *et al.*, 2011). Essas intervenções podem beneficiar populações pobres e marginalizadas, coerentes com o princípio da sustentabilidade e incorporando determinantes fundamentais da saúde humana.

Na Europa, por exemplo, nos últimos trinta anos, o perfil de saúde bucal da população mudou de três modos (Sheiham, 2005):

- Cada nova coorte de nascidos vivos apresenta níveis mais baixos de cárie dentária que a coorte precedente, uma vez que, no presente, as crianças e os adultos jovens apresentam baixo nível de doença bucodental. Por conseguinte, as coortes mais jovens necessitarão de pouca assistência clínica regular no futuro, utilizando baixa tecnologia.
- Os dentes dos adultos de meia-idade, de modo geral, estão extensivamente restaurados e necessitarão de manutenção ao longo da vida, o que, em muitos casos, significa tratamento complexo em razão do conhecido ciclo restaurador repetitivo, tão bem descrito na literatura especializada.
- As pessoas mais velhas podem ser divididas em dois grupos: um que apresenta ainda os próprios dentes e outro sem os dentes naturais. O primeiro grupo está aumentando em tamanho com o observado declínio de perda dental (edentulismo).

Uma extensiva coleção de documentos sobre políticas de saúde bucal vem sendo difundida há pouco tempo, em especial por parte da OMS (Quadro 3). Adicionalmente, um conjunto de revisões sistemáticas da literatura permite pensar em formulação de políticas, suporte à decisão e avaliação de intervenções em saúde bucodental com maiores chances de êxito.

Quadro 3 – Evidências de efetividade em estudos publicados sobre intervenções em saúde bucal

Intervenção	Problema bucodental abordado	Tipo de revisão	Síntese dos achados
Fluoretação de águas	Cárie dentária	Revisões sistemáticas	• Qualidade dos estudos de baixa para moderada • Efeito preventivo estimado para cáries – 14% de redução • Efeito preventivo tende a ser maior em dentição decídua
Uso tópico de fluoretos	Cárie dentária	Revisão Cochrane	Taxas específicas de redução para cáries estimadas em: • 24% para pasta fluoretada, 26% para bochechos • fluoretados, 28% para géis fluoretados e 46% para vernizes fluoretados • Benefício médio estimado, para todos os fluoretos tópicos estudados, de 26% para dentes permanentes e 33% para dentes decíduos
Selantes de fóssulas, fissuras e cicatrículas	Cárie dentária	Revisão Cochrane	• Taxa de redução de cáries entre 86% aos 12 meses até 57% aos 48 meses de aplicação do selante • O nível de efetividade depende da prevalência média de cárie no início da intervenção de aplicação de selantes
Educação em saúde bucal	Cárie dentária Gengivite Periodontite	Revisões de efetividade	• Maioria das intervenções baseadas em abordagens convencionais de educação sanitária • Melhorias em conhecimento sobre saúde bucal, alcançadas a curto prazo • Efeitos limitados em comportamento individual e desfechos clínicos • Transmissão de informação não produziu mudanças de comportamento de longo prazo • Campanhas de escovação em escolas não foram efetivas para produzir melhoria de higiene bucal • Nenhuma evidência de que intervenções de educação nutricional/dietética produzem redução de cáries • Campanhas pontuais na mídia não foram efetivas para produzir qualquer mudança em conhecimento e comportamento públicos • Desenhos de estudo e qualidade das avaliações publicadas, em geral, pobres
Controle clínico de biofilme bucal	Gengivite	Revisão crítica sistemática	• Todas as intervenções analisadas envolviam educação em saúde • Redução de biofilmes e sangramento gengival a curto prazo • Significância questionável em termos clínicos e de saúde pública • Qualidade das avaliações, em geral, pobre
Screening periódico	Câncer bucal	Revisão Cochrane	• Poucos estudos de alta qualidade puderam ser incluídos na revisão • Um ensaio clínico não encontrou diferenças em taxas de mortalidade por câncer bucal, padronizadas por idade, para o grupo-alvo do *screening* • Nenhuma evidência consistente para dar suporte ou para refutar o uso de exame visual ou qualquer outro método em *screening* para câncer bucal

Nota: As Revisões Cochrane são revisões sistemáticas preparadas por Grupos de Revisores da Colaboração Cochrane. São estruturadas, sistemáticas e atualizadas regularmente. Cada revisão cobre uma área específica e bem definida de atenção à saúde. Geralmente os dados são combinados estatisticamente para aumentar o poder dos achados de numerosos estudos, os quais por si sós seriam pequenos para produzir resultados confiáveis (http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/level.php?lang=pt&component=19&item=11).
Fonte: Watt, 2005.

O Quadro 3 permite pensar que há bases sólidas para planejar e executar modelos tecnoassistenciais mais resolutivos, com forte ênfase promocional-preventiva. Fatores de risco ou de proteção para saúde geral também afetam a saúde bucodental e craniofacial. Intervenções seguras e efetivas existem para abordar as principais doenças bucodentais, mas outras são inconsistentes e já deveriam ter sido descartadas (Petersen, 2003).

Fundamentalmente, é preciso problematizar a clínica, reconhecendo sua importância inexorável como parte da formulação de políticas, mas criticando a abordagem estreita e individualista, mercadológica, fadada ao insucesso epidemiológico e à exclusão de parcelas consideráveis da população. É preciso ampliar a clínica sem reduzir a saúde coletiva.

Histórico da política de saúde bucal no Brasil

Em 2003, fundamentou-se uma Política Nacional de Saúde Bucal para o Brasil, com o propósito explícito de recuperar o direito do cidadão brasileiro à atenção em saúde bucal. Tal resgate passou a ocorrer por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população. Essa política, que recebeu o nome de Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Os propósitos são socialmente desejáveis e a política parece ter consistência, mas a história da saúde bucal pública brasileira não se inicia em 2003.

Todavia, estabelecer recortes históricos que permitam conectar vários contextos e conjunturas, identificando as contradições e os movimentos importantes da área de saúde bucal no Brasil que conduziram à maturidade observada a partir de 2003, é tarefa bastante complexa. Embora a opção adotada aqui enfatize o período mais recente, que compreende os anos 1980-2011, algumas iniciativas pioneiras anteriores aos anos 80 serão comentadas a seguir.

As formulações pioneiras ao longo do século XX

Fazendo a linha do tempo retroceder algumas décadas no século XX, constata-se que a prática odontológica hegemônica no Brasil tinha os contornos do que Narvai (2002, 2006) denominou como "odontologia de mercado". Significou um arranjo societário em que a opção da odontologia brasileira, seja na formação profissional, seja no mundo do trabalho, privilegiou a esfera privada e o acesso a serviços odontológicos para uma elite econômica que podia arcar com os custos mercadológicos envolvidos.

Obviamente, a opção por um modelo privatista e o descaso com a esfera pública ocorreu porque práticas sociais não acontecem num vácuo político-econômico, nem podem ser vistas como independentes do contexto amplo da conjuntura em que estão inseridas.

Há no Brasil esparsos registros de atividades odontológicas isoladas, por volta de 1910, ligadas aos serviços sanitários então existentes ou em estabelecimentos de ensino público, com cirurgiões-dentistas ocupando cargos em inspetorias dentárias ou de higiene escolar. Porém, é a partir de 1923 que se constituiu a primeira forma organizada de sistema previdenciário de natureza pública, quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), restritas a alguns segmentos de trabalhadores urbanos, com oferta esporádica de serviços odontológicos. Nas décadas de 1930 e 1940, ocorreu ampliação da estrutura previdenciária

Você pode conhecer mais sobre os Institutos de Aposentadorias e Pensões no capítulo 10.

preexistente com a criação dos Institutos de Assistência e Previdência (IAP), mantendo-se a oferta de alguns serviços odontológicos previdenciários aos trabalhadores, além de poucos registros de ações curativas voltadas, prioritariamente, às gestantes, aos pré-escolares e escolares (Moysés *et al.*, 2002; Narvai & Frazão, 2008).

É a partir das décadas de 1950-1960 que a odontologia pública se institucionaliza, conquistando espaço na estrutura administrativa do então chamado Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia, no âmbito do recém-criado Ministério da Saúde. Nesta quadra da história, a atenção odontológica ganhou alguma expressão pública, não só no Brasil, mas em vários países estudados em seção anterior deste capítulo, com o início de uma racionalidade na organização da saúde bucal denominada 'odontologia sanitária'. No Brasil, inicia-se a utilização de um sistema de atenção a escolares de redes públicas, em uma modalidade de atendimento chamado 'sistema incremental', implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). No mesmo período, tem início a fluoretação das águas de abastecimento público, em Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES). A odontologia de mercado seguia hegemônica ainda, mas já não era a única modalidade assistencial presente na realidade brasileira.

O sistema incremental seguiu dominante em décadas seguintes, com a Fundação Sesp orientando o modelo de odontologia sanitária e implantando ou orientando a implantação de unidades escolares em várias regiões do país. Em outra mão, firmou-se a 'odontologia previdenciária', após a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967; a partir de então foi crescente a expansão da assistência odontológica no setor público estatal, com fortes vínculos com o denominado complexo industrial da saúde.

Paralelamente, outras iniciativas despontaram. Por exemplo, a partir da matriz original americana conhecida como sistema incremental do tipo Richmond, algumas alterações foram incorporadas ao longo dos anos 70 e 80, com a emergência de conceitos como a simplificação tecnológica e desmonopolização das ações, sob forte inspiração de movimentos populares latino-americanos. Experiências pouco transformadoras ocorreram em áreas pobres do país, tais como a criação em 1976 do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), uma proposta de característica predominantemente ambulatorial, com oferta de assistência odontológica, inclusive para adultos, mas ainda com práticas mutiladoras centrada nas urgências provocadas por dor de origem dentária e na consecutiva extração dos dentes.

Surgiu então, de modo mais sistemático, a experiência da 'odontologia simplificada', que preconizava a diminuição dos custos, o aumento de cobertura e qualidade na atenção e a desmonopolização de conhecimentos, sob influência das deliberações da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Adquiriram visibilidade as funções de técnico em higiene dental (atualmente, técnico em saúde bucal) e auxiliar de consultório dentário (atualmente, auxiliar de saúde bucal). A simplificação foi um modelo tecnoassistencial que promoveu grande avanço na odontologia, apesar de apresentar contradições, tais como não considerar o controle social, não ter focado nos determinantes sociais do processo saúde-doença e respectivas iniquidades em saúde bucal, e basear-se, fundamentalmente, nas ações básicas, não se preocupando com os outros níveis de atenção. Ao longo dos anos seguintes foram incorporados técnicas e procedimentos odontológicos, acompanhando o conhecimento e difusão de ciências básicas e clínicas, tais como a cariologia e a prevenção de forte influência

escandinava. A inclusão de novos procedimentos, em especial os de caráter preventivo, e a estruturação de serviços de referência, para necessidades de maior complexidade, representaram avanços na busca da 'odontologia integral'.

Já na década de 1980, optou-se por substituir gradativamente o sistema incremental e desenvolver a 'odontologia comunitária', com práticas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Um avanço vislumbrado se dava no envolvimento da equipe de saúde multiprofissional e dos grupos sociais organizados, levando-os a desenvolver atitudes e formas de produção social da saúde, elementos de transformação social local, na acepção política e sanitária.

Década de 1980

O roteiro a ser seguido aqui busca interpretar os principais eventos ligados ao movimento da Reforma Sanitária brasileira e à instituição do SUS, com as respectivas Conferências Nacionais de Saúde Bucal e as políticas oficiais que foram sucessivamente produzidas. No Brasil, ainda durante a década de 1980, foram reproduzidos tardiamente modelos anacrônicos e já superados de prestação de serviços odontológicos e de formação de recursos humanos das nações industrializadas. Tais modelos contavam com grande número dos profissionais que se dedicavam a tratar curativamente apenas as pessoas que podiam remunerar os seus serviços, simultaneamente à ocorrência de índices crescentes de doenças bucais, com a esfera pública vista como secundária.

Críticas e proposições de mudança foram desenvolvidas de maneira progressiva e publicadas por alguns autores situados no polo crítico da academia, dos serviços, das entidades odontológicas ou dos movimentos sociais mais amplos, tais como a Reforma Sanitária (Narvai, 2002; Botazzo, 2003; Moysés & Sheiham, 2003).

Na década de 1980, duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) podem ser destacadas por terem evidenciado, em seus textos, a fragilidade do setor da saúde bucal no Brasil. A primeira foi a 7ª CNS, que abriu espaços para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando o modelo de odontologia até então proposto como ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com recursos humanos inadequados. Já durante a 8ª CNS, o movimento nascente da Saúde Bucal Coletiva defendeu veementemente as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária e o projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional para a odontologia brasileira. Como parte do amplo processo que marcou a 8ª CNS, realizou-se, ainda em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), cuja etapa nacional – precedida por pré-conferências na maioria dos estados – ocorreu em Brasília, em outubro, com mais de mil participantes e 286 delegados com direito a voz e voto.

Leia mais sobre as Conferências Nacionais de Saúde nos capítulos 11 e 28.

A 1ª CNSB, em consonância com a 8ª CNS, discutiu a saúde bucal como direito de todos e dever do Estado. Afirmou que esta área é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. Esboçando um diagnóstico da situação de saúde bucal no país, apontou rumos para a inserção da odontologia no SUS (Brasil, 1986).

Apesar das deliberações contidas nos relatórios da 1ª CNSB e 8ª CNS, os avanços práticos não se tornaram visíveis com clareza. Cabe registrar que, apesar do teor crítico da

1ª CNSB, foi publicada em 1989 uma acanhada Política Nacional de Saúde Bucal. Provavelmente isto decorreu de uma situação inercial ligada às conjunturas experimentadas em décadas passadas, com práticas odontológicas muito restritas na esfera pública. Assim, já no período pós-constitucional, ainda temos uma área sem tradição pública no Brasil, com pouco espaço político e institucional ocupado. Para dar um exemplo dessas limitações, a política de 1989 advogava que o conceito de atenção primária em saúde bucal significava "alcançar uma ampla cobertura de crianças de 6 a 12 anos"; "enfatizar ações de educação para a saúde bucal"; e "expandir gradativamente a prestação de serviços resolutivos aos grupos em segundo e terceiro graus de prioridades, ou seja, 13 a 19 anos e 2 a 5 anos" (Brasil, 1989). Ou seja, é quase uma ressuscitação do sistema incremental para escolares dos anos 60 e 70.

Década de 1990

A saúde bucal como direito de cidadania foi o tema central da 2ª CNSB, realizada em 1993. Os seus delegados e participantes pronunciaram-se deixando clara a sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da seguridade social e pela piora das condições de vida. Caracterizando a situação da saúde bucal no país como "iatrogênica, excludente e ineficaz", o seu relatório final responsabilizou os governos nos diferentes níveis por serem, com raras exceções, representantes do grande capital e não terem compromisso social (Brasil, 1993).

A 2ª CNSB aprovou estratégias políticas para a saúde bucal no país, indicando formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde. Defendeu a descentralização das ações com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligadas a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social. Os delegados alertaram também para a necessidade de lutas em várias arenas: 1) nos Conselhos de Saúde, para que absorvessem as resoluções da conferência como diretrizes políticas; 2) no Ministério Público, para que se cumprisse a Constituição quanto ao dever do Estado de proporcionar saúde bucal; 3) nos governos estaduais e municipais, para que incluíssem a saúde bucal entre as ações e serviços de saúde (Brasil, 1993). Contudo, do ponto de vista da implementação de práticas inovadoras na arena institucional pública, pouco se avançou nos anos 90.

Anos 2000

A 3ª CNSB foi realizada de 29 de julho a 1º de agosto de 2004, mais de dez anos após a 2ª CNS. O tema central foi: "Acesso e qualidade, superando a exclusão social", debatido com base em quatro eixos temáticos: 1) Educação e construção da cidadania; 2) Controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) Formação e trabalho em saúde bucal; 4) Financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

Os diagnósticos seguem sombrios em 2004.

> No dia a dia de nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto as desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes. As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de

> saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. (Brasil, 2004a: 7)

O relatório final foi aprovado por 883 delegados eleitos para a etapa nacional, oriundos das conferências de Saúde Bucal de 26 estados e do Distrito Federal. Os delegados analisaram proposições provenientes de todo o país, resultantes das 2.542 conferências municipais ou regionais de Saúde Bucal e das 27 conferências estaduais. Os números finais indicam que 83.978 pessoas estiveram diretamente envolvidas em atividades das etapas municipais e regionais, estaduais e nacional.

Como desdobramento ligado à implementação da nova Política Nacional de Saúde Bucal, apresenta-se então o 'Brasil Sorridente', objetivando avançar para a melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo centrado nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a política propõe superar a desigualdade em saúde por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos.

Política explicitada no Brasil Sorridente

O Brasil Sorridente, em 2003, procura vincular-se fortemente à ideia de estruturação da atenção primária à saúde, em particular ligada à Estratégia Saúde da Família (ESF), mas também à implantação de redes de cuidados progressivos, com ações e serviços de maior densidade tecnológica em níveis especializados. Além disto, a política enfatiza os determinantes estruturais da saúde bucal, definindo ações preventivas coletivas, com destaque para o avanço da fluoretação de águas e intervenções intersetoriais de promoção da saúde.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) passaram a fazer parte oficialmente da ESF a partir de 2000, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias. Sua regulamentação ocorreu por meio da portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela portaria n. 267, de 6 de março de 2001.

Para saber mais sobre as Equipes de Saúde Bucal, consulte: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/index.php>.

Existem dois tipos de ESB: modalidade I – composta por cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal – e modalidade II – composta por cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal.

No período de março de 2001 a maio de 2011, foram implantadas 20.714 Equipes de Saúde Bucal na ESF, atuando em 4.838 municípios, com mais de 90 milhões de usuários potencialmente cobertos por essas equipes.

Comparativamente à penúltima Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2003 (IBGE, 2006b), em que 15,9% dos brasileiros declararam nunca ter feito consulta ao dentista – o que equivalia a 27,9 milhões de pessoas –, a última Pnad, de 2008, registra 11,7%, ou cerca de 18 milhões de brasileiros que nunca foram ao dentista (IBGE, 2011a). Considerando que houve crescimento demográfico nos cinco anos que separam as duas Pnad, tais dados, inequivocamente, revelam que parcela expressiva dos brasileiros passou

a ter acesso ao dentista, sobretudo em regiões historicamente menos cobertas, como o Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Porém, iniquidades ainda devem ser enfrentadas, pois a Pnad 2008 também informa que 98,0% das pessoas pertencentes à classe de rendimento mensal domiciliar *per capita* de mais de cinco salários mínimos já tinham se consultado com um dentista, enquanto para aqueles na classe de até um quarto do salário mínimo o percentual foi de 71,3%. Considerando um período mais curto, ou seja, realização de consulta odontológica um ano antes da entrevista, estes percentuais ficam ainda mais distantes: 67,2% para a classe de maior rendimento e 28,5% para a menor classe consultaram o dentista no período.

E mais: é importante comparar dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006a), do período 2002-2003, com a última POF publicada para o período 2008-2009 (IBGE, 2011b). Em 2002-2003, da despesa familiar média mensal de R$ 1.778, só R$ 9,59 eram utilizados no pagamento de consultas e tratamentos odontológicos. Para aquelas famílias com renda superior a R$ 6 mil, o gasto médio mensal com consultas e tratamentos era de R$ 59,56. Esse montante caía entre as famílias com renda média mensal de até R$ 400, para as quais a despesa mensal com tratamento odontológico era de R$ 0,55. Já na última POF, de 2008-2009, houve uma redução de gastos, talvez refletindo o aumento da cobertura pública: da despesa familiar média mensal de R$ 2.626, somente R$ 7,29 foram utilizados no pagamento de consultas e tratamentos odontológicos; para os extremos de classes de renda, aqueles com renda superior a R$ 10.375,00 gastaram uma média mensal de R$ 50,80, enquanto para aqueles até R$ 830,00, o gasto médio mensal foi de R$ 0,67.

Para refletir

Quais as potencialidades e dificuldades conjunturais para a integração sistêmica da política de saúde bucal nos sistemas municipais de saúde?

Desafios demográficos, epidemiológicos e sistêmicos da política de saúde bucal no Brasil

Ao final de 2010, o Brasil contava com 193 cursos de odontologia, formando cerca de 9.500 cirurgiões-dentistas por ano, e com 230 mil profissionais cadastrados no Conselho Federal de Odontologia, para atender 190.732.694 de pessoas, ou seja, um dentista para 829 habitantes, em média (Morita, Haddad & Araújo, 2010).

No setor privado, à parte o esquema clássico do trabalho dos dentistas em consultório particular, incluindo cerca de 50% dos que atendem a convênios odontológicos, há um setor dinâmico ligado ao seguro saúde privado. Segundo compilação feita pelo Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, com base em informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Fundação Getulio Vargas (FGV), do IBGE e de outras fontes, aproximadamente 11 milhões de brasileiros são cobertos por planos odontológicos. Aqueles que contam com planos odontológicos são vinculados a empresas de odontologia de grupo, a cooperativas odontológicas e médicas, a operadoras de medicina de grupo, a seguradoras de saúde e autogestão. Ficam sob a responsabilidade

de cobertura do SUS a maioria dos brasileiros, com prioridade para serviços de saúde bucal na atenção primária.

Em um país com a extensão continental e com a diversidade de contextos como o Brasil, há várias modalidades de organização da atenção primária, destacando-se as redes municipais com Equipes de Saúde Bucal na ESF em contraposição àquelas com atenção primária denominada "convencional", não aderidas formalmente à logica do trabalho com famílias cadastradas. A reorientação do processo de trabalho na atenção primária impõe a conformação de uma equipe de trabalho que se integra de forma matriciada com as equipes multiprofissionais, em abordagens territoriais comuns, exigindo uma congruência interdisciplinar e intersetorial, respeitando o controle social e ampliando o acesso com qualidade, para dar resposta às necessidades, demandas e direitos da população. O processo de trabalho fundamenta-se nos princípios constitucionais da universalidade, equidade, integralidade da atenção, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

Em outra linha de enfrentamento, conforme já fora ressaltado nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b), com a expansão do conceito de atenção primária e o consequente aumento e diversidade na oferta de procedimentos para a população em geral, foram necessários também investimentos progressivos para mehorar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e a habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), pela portaria n. 599, de 23 de março de 2006. Até 2005 inexistiam tais equipamentos na esfera pública estatal brasileira; porém, no curto espaço de tempo entre 2006 e maio de 2011, foram implantados por todo o Brasil 853 CEO e 664 LRPD.

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

São estabelecimentos classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais. São uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido, seguindo o conceito de linha de cuidados progressivos, é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção primária dos municípios.

Para saber mais sobre os CEO, consulte: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/especialidades.php>.

Visando a consolidar os avanços obtidos e estimular o comprometimento de formuladores de políticas, tomadores de decisão e equipes para a implantação de intervenções efetivas, foi instituído o Prêmio Brasil Sorridente, concedido anualmente a municípios brasileiros que se destacam na implantação de políticas públicas de saúde bucal. Experiências exitosas em período recente são várias e podem ser úteis para o estudo, o julgamento de valor e eventual disseminação das práticas premiadas com os devidos ajuste para distintos contextos brasileiros.

Experiências municipais exitosas na implantação de políticas de saúde bucal

O prêmio Brasil Sorridente foi instituído em 2005 pelo Conselho Federal de Odontologia e os Conselhos Regionais, com apoio do Ministério da Saúde. Além do reconhecimento público, as prefeituras vencedoras ganham incentivos e equipamentos odontológicos. Em 2008, a premiação passou a ser dividida entre dois tipos de municípios: com até 300 mil habitantes e com população superior a 300 mil. A partir de 2010, também concorrem à premiação os municípios com população entre 50 mil e 300 mil habitantes.

Para saber mais sobre experiências exitosas, consulte: <http://cfo.org.br/premio-prefeituras/home/index.php>.

O Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema da vigilância em saúde bucal no Brasil, que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do projeto identificado como Saúde Bucal Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira. Aproximadamente dois mil trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, dentre outros) de 250 municípios estiveram envolvidos na realização do estudo, finalizado e publicado em 2003. No total, foram examinadas 108.921 pessoas, entre crianças (18 a 36 meses, 5 e 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros (Brasil, 2004c). Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil durante as duas décadas anteriores no Brasil, persistiam em 2003 elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais. Os resultados revelaram aproximadamente 14 dentes permanentes atacados pela cárie entre a adolescência e a idade adulta. A doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos que apresentam as estruturas de suporte dental sadias.

Em 2010, dando sequência ao componente estratégico de vigilância à saúde bucal, no âmbito do programa Brasil Sorridente, foi realizado um novo levantamento epidemiológico nacional. O objetivo central proposto foi conhecer a situação de saúde bucal da população brasileira urbana naquele ano, e subsidiar o planejamento e a avaliação de ações e serviços junto ao SUS. Dados foram coletados nas capitais e em mais 150 municípios do interior das cinco regiões brasileiras. Equipes de Saúde Bucal de serviços vinculados ao SUS examinaram e entrevistaram aproximadamente 38 mil crianças, adolescentes, adultos e idosos (Roncalli, 2011). Salienta-se a tendência de declínio da cárie e o incremento no acesso aos serviços. Em adultos (35 a 44 anos), enquanto em 2003 o CPO médio registrava 20,1, em 2010 diminuiu 17%, para 16,7. Houve crescimento da proporção do componente 'obturado' (dentes restaurados), que sai de 4,2 para 7,4 (aumento de 74,4%), associado a uma queda para quase a metade do componente 'extraído'. Esses valores indicam que, além de apresentar menor ataque de cárie, a população adulta brasileira está conseguindo ter acesso a cuidados terapêuticos. Todavia, a pesquisa mostrou, também, que as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são ainda marcantes, indicando a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção.

A Tabela 2 sumariza os resultados médios para o CPO-D aos 12 anos, dos levantamentos epidemiológicos de 2003 e 2010. Observa-se que, embora a média nacional tenha declinado 26,9%, ao se compararem os extremos de médias macrorregionais, entre as regiões Norte e Sudeste, as diferenças aumentaram. Enquanto o Norte sofreu leve incremento, o Sudeste

registrou uma redução de 27,8%. Atualmente a prevalência média de cáries em dentes permanentes na região Norte é cerca do dobro da região Sudeste, para a idade considerada.

Tabela 2 – Dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D) aos 12 anos. Levantamentos epidemiológicos Saúde Bucal Brasil – 2003 e 2010

	CPO-D$_{12 \text{ anos}}$ – Médias para o Brasil e macrorregiões					
	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
SB Brasil 2003	2,79	3,13	3,19	3,16	2,31	2,30
SB Brasil 2010	2,04	3,16	2,69	2,65	2,05	1,66

Fonte: Roncalli, 2011.

Para refletir

Como enfrentar o paradoxo representado pelo grande volume de cirurgiões-dentistas formados anualmente no Brasil, com muitos jovens egressos das universidades sofrendo sérias dificuldades no mercado de trabalho, *versus* iniquidades de acesso aos serviços odontológicos por faixas de renda e regiões geográficas?

Conclusões circunstanciais e novos desafios

Os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), alguns dos quais analisados neste capítulo, produzem de modo sistemático análises sobre os processos de reforma do setor saúde. Em particular, no que concerne às políticas de saúde bucal e aos respectivos serviços de assistência odontológica, o panorama internacional é preocupante. Compartilhamento de custos e/ou pagamentos diretos não reembolsáveis da parte dos cidadãos e a falta de cobertura universal em ações promocionais e preventivas, com iniquidades em serviços assistenciais, constituem problema central, tanto em países da OCDE como nos que estão fora dela, em variados níveis de complexidade.

No caso brasileiro, com base nas análises internacionais sobre reformas de períodos mais recentes apresentadas nos relatórios *HiT* (*Sistemas de Atenção à Saúde em Transição*), que foram sumarizados em seção anterior deste texto, sugere-se que novas abordagens para a organização de serviços de saúde bucal venham a ser perseguidas. Destacam-se os dispositivos que operam de maneira favorável na busca de garantia dos direitos sociais em saúde bucal, com abordagens de base populacional, como fatores comuns de risco a várias doenças e fatores comuns de proteção à saúde humana (Sheiham *et al.*, 2011).

Políticas como as representadas pelo Brasil Sorridente parecem caminhar na direção correta. Ainda assim, é fundamental reconhecer a gênese multifatorial dos problemas bucais e buscar alianças intersetoriais, para enfrentar as dimensões estruturais e particulares que determinam as iniquidades em saúde bucal e de acesso na utilização dos serviços odontológicos, nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde no Brasil. A gestão do conhecimento, a incorporação tecnológica e os mecanismos de regulação e financiamento da área continuam fortemente influenciados pelo modelo americano 'giesiano', inclusive no plano das representações sociais e do ideário corporativo dos profissionais. O adequado conhecimento do perfil de necessidades e a valorização do controle social, com grande im-

portância para formuladores de políticas e tomadores de decisão, continuam sendo aspectos distantes da arena institucional da política de saúde bucal praticada na maioria dos estados e municípios brasileiros.

Sugestões vêm sendo feitas sobre quais mudanças em políticas de saúde bucais deveriam ser implementadas no século XXI. Visões têm sido ecoadas de que a profissão, na sua vertente de promotora da saúde bucal da população, deverá capacitar dentistas no futuro, para atuar em cenário redefinido por padrões clínicos, bases epidemiológicas, arranjos gerenciais e avaliação do processo de trabalho radicalmente transformado, buscando qualidade, impacto e sustentabilidade. Nesse caso, a exigência será por mais profissionais treinados em odontologia baseada em evidências, e por cuidados de longo prazo que atendam às expectativas públicas de como manter a saúde bucodental.

Odontologia baseada em evidências

Novo paradigma com o objetivo de prover o clínico (ou trabalhador de saúde bucal operando na linha de frente dos serviços de saúde) com sínteses extraídas das melhores e mais confiáveis pesquisas publicadas, por meio de revisões críticas sistemáticas em bases bibliográficas indexadas. Fonte: <www.cebd.org>.

Quanto a práticas promocionais preventivas e educativas, há sérias limitações quando praticadas nas modalidades higienistas e controladoras ainda vigentes. Impõe-se a necessidade de uma abordagem de promoção de saúde menos prescritiva ou comportamentalista e mais integral, que reconheça a importância de atacar os determinantes sociais, políticos e ambientais subjacentes aos problemas bucodentais (Watt, 2007).

O conceito de 'Condições sensíveis à atenção ambulatorial', que já vem sendo trabalhado no Brasil para Estratégia Saúde da Família, é uma interessante perspectiva também para a saúde bucal. A condição é sensível se, quando atendida a tempo e com eficácia pelo serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), implica menor risco de agravamento e necessidade de assistência complexa. Isto se dá seja pela prevenção, seja pelo controle de episódio agudo, seja pelo controle da condição crônica. Isto é, há um conjunto de agravos que, na presença de uma boa APS, teria menos probabilidade de chegar a um estágio que exija cuidados mais densos tecnologicamente (e mais caros).

A lista do Victorian Government Department of Human Services, da Austrália, para as 'Condições sensíveis', incluem '*dental conditions*', citando os seguintes códigos do ICD9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification): 521, 522, 523, 525 e 528. Tais códigos, de maneira genérica, dizem respeito a: doenças dos tecidos duros dentários, incluindo cáries; doenças pulpares e dos tecidos periapicais, doenças gengivais e periodontais; outras doenças e condições dos dentes e das estruturas de suporte; doenças dos tecidos moles bucais, excluindo lesões gengivais e linguais específicas. Todas estas condições e doenças, dependendo da gravidade, podem perfeitamente ser prevenidas e tratadas no nível da atenção primária. O fato é que as tais 'condições dentais' geraram 12.029 internações hospitalares e o total de 13.779 dias de leito em 2002, de acordo com relatórios do Estado australiano.

Para refletir

Como está sendo tratada a questão das 'Condições sensíveis à atenção ambulatorial' em saúde bucal no Brasil, em particular, quando se sabe da agregação tecnológica acrítica que se faz no setor privado, com aumento perceptível de internações e anestesias gerais para tratamento de condições que seriam resolvidas perfeitamente em ambulatório odontológico básico? Como avança essa discussão no setor público, em momento no qual se define o nível de resolutividade das Unidades Básicas de Saúde (com suas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família) e a incorporação da média e alta complexidade nos centros de especialidades odontológicas?

Afinal, o Brasil deverá enfrentar a questão central de definir a atenção à saúde bucal de seus cidadãos como parte de uma política de Estado, devidamente valorizada e financiada. Isso exigirá avançar na conceituação e na incorporação prática dos atributos que constituem a boa atenção primária e sua integração com a rede de cuidados, melhorar sua capacidade de resolver problemas de saúde bucal e decidir com quais tecnologias (custo-efetivas e eficazes) se poderá enfrentar a complexidade envolvida nos perfis epidemiológicos atuais.

Para refletir

Qual o papel das instituições de ensino, em suas vertentes de formação, pesquisa e serviços no sentido de aproximar a saúde bucal da população brasileira, tendo por referência os seus valores principais: científicos, tecnológicos, culturais e ideológicos?

Leituras recomendadas

KRIGER, L. (Ed.) *Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência, humanização*. São Paulo: Artes Médicas, Aboprev, 2003.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L. & MOYSÉS, S. J. (Orgs.) *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas. 2008.

NARVAI, P. C. & FRAZÃO, P. *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Sites de Interesse

Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno) – informações sobre ensino odontológico no Brasil: www.abeno.org.br

Abrasco – GT de Saúde Bucal Coletiva – informações sobre políticas de ciência e tecnologia em saúde bucal: www.abrasco.org.br/grupos/g17.php

Departamento de Atenção Básica: http://dab.saude.gov.br/CNSB/index.php

International Association for Dental Research – informações sobre pesquisa odontológica internacional: www.iadr.com/i4a/pages/index.cfm?pageid=3533

Malmö University Oral Health Country/Area Profile Project – informações epidemiológicas em saúde bucal: www.mah.se/capp

Observatório Europeu sobre Sistemas e Políticas de Saúde: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory

Oral Health Database: www.mah.se/CAPP

Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – dados epidemiológicos da pesquisa nacional de saúde bucal realizada em 2010: http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html

Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO) – informações sobre pesquisa odontológica no Brasil: www.sbpqo.org.br/

World Dental Federation (FDI) – informações sobre eventos e aspectos da odontologia mundial: www.fdiworldental.org/

World Health Organization (WHO) – Oral Health Databases – informações da Organização Mundial da Saúde sobre políticas internacionais em saúde bucal, bem como sobre programas e perfis epidemiológicos agrupados por regiões do globo e por países: www.who.int/oral_health/databases/en/index.html

Referências

BOTAZZO, C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. *In*: PEREIRA, A. C. (Org.) *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BOYLE, S. United Kingdom (England): health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1):1-486. 2011.

BRASIL. *Relatório Final da 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades*. Portaria n. 613/GM, de 13 de junho de 1989. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989.

BRASIL. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1993.

BRASIL. *Relatório final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004a.

BRASIL. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

CAMINAL, J. *et al*. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*, 14(3): 246-251, 2004.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. *The Health Care Systems in Transition: HiT country profiles*. Disponível em: <www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>. Acesso em: 28 jul. 2011

HADDAD, A. E. *et al*. (Orgs.) *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>. Acesso em: 15 dez. 2006a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pnad 2003: acesso e uso de serviços de saúde*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/default.shtm#sintese>. Acesso em: 15 dez. 2006b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008 – Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm>. Acesso: 27 jul. 2011a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/default.shtm>. Acesso: 27 jul. 2011b.

MALMÖ UNIVERSITY; WHO GLOBAL ORAL HEALTH PROGRAMME & ORAL HEALTH COUNTRY/AREA PROFILE PROJECT. *Oral Health Database*. Disponível em: <www.mah.se/CAPP>. Acesso em: 28 jul. 2011.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. & ARAÚJO, M. E. *Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro*. Maringá: Dental Press, 2010.

MOYSÉS, S. J. & SHEIHAM, A. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. *In*: BUISCHI, Y. P. (Org.) *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, APCD, 2000.

MOYSÉS, S. J. & SHEIHAM, A. Saúde bucal coletiva: personagens, autores ou... Pirandello de novo? *In*: KRIGER, L. (Org.) *Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência, humanização*. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

MOYSÉS, S. J. *et al*. (Orgs.) *Os Dizeres da Boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: Cebes, 2002.

NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2002.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, 40(n. esp.): 141-147, 2006.

NARVAI, P. C. & FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. *In*: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L. & MOYSÉS, S. J. (Orgs.) *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Organización de Servicios de Salud Programa Regional de Salud Oral. *Estrategia para el Mejoramiento de la Salud General en las Américas através de Avances Críticos en la Salud Oral: el camino hacia delante – 2005-2015*. Washington: Opas, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2005.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Average Number of Decayed, Missing, or Filled Teeth (DMFT) at 12 Years Old*. Disponível em: <www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/AMRO/Cuba/Oral-Diseases/Dental-Caries>. Acesso: 28 jul. 2011.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(suppl. 1): 3-23, 2003.

PETERSEN, P. E. *et al*. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9): 661-669, 2005.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(1): 4-5. 2011.

SHEIHAM A. Strategies for oral health care. *Euro Observer*, 7(3): 1-4, 2005.

SHEIHAM, A. *et al*. Global oral health inequalities: task group - implementation and delivery of oral health strategies. *Advances in Dental Research*, 23(2): 259-267, 2011.

UNITED STATES OF AMERICA (USA). *The Epidemiology of Dental Disease: collected papers of Henry Klein 1937-1947*. Pennsylvania: Federal Security Agency, Public Health Service, Division of Public Health Methods, 1948.

UNITED STATES OF AMERICA (USA). *Health, United States, 2004: with chartbook on trends in the health of Americans*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2004. (DHHS Publication, n. 2004-1232)

WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9): 711-718, 2005.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(1): 1-11, 2007.

ZACCA GONZALEZ, G.; SOSA ROSALES, M. & MOJÁIBER DE LA PENA, A. Situación de salud bucal de la población cubana: estudio comparativo según provincias, 1998. *Revista Cubana de Estomatologia*, 38(2): 90-110, 2001.

20. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

À memória de Franca Ongaro Basaglia, senadora e importante expressão política e intelectual da psiquiatria democrática italiana.

Este capítulo analisa as políticas de saúde mental no Brasil desde seu início até o momento presente, marcado pela desinstitucionalização no âmbito da loucura e do sofrimento mental. Para tanto, desenvolve um resgate histórico das principais políticas e modelos assistenciais, que vai da criação do primeiro hospício até os fundamentos dos projetos atuais orientados pelos princípios da reforma psiquiátrica como processo social complexo. Finaliza com um detalhamento das diferentes propostas das redes de serviços e dispositivos de atenção psicossocial e saúde mental e com uma análise de suas perspectivas e possibilidades.

A história da assistência às pessoas com problemas mentais no Brasil começa com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o hospício criado pelo imperador Pedro II na data de sua sagração e que leva o seu nome.

Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841

"Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência, hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de **Hospício de Pedro II**, o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Corte, debaixo de minha imperial proteção applicando desde já para princípio da sua fundação o produto das subscrições promovidas por uma comissão de praça do commercio, e pelo provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que eu houver por bem contribuir. Cândido José de Araújo Vianna do meu conselho, ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império e que tenha assim entendido e faça executar com os despachos necessários. Palácio do Rio de Janeiro, 18 de julho de 1841, 20 da Independência e do Império. Com a rubrica de S.M. o Imperador. Cândido José de Araújo Vianna. D. Pedro II, Imperador do Brasil."

Inaugurado mais de dez anos depois do decreto, em 8 de dezembro de 1852, o Hospício de Pedro II logo se tornou alvo de críticas, muito particularmente dos médicos. Ora porque estava vinculado à Irmandade da Santa Casa da Misericórdia, não sendo considerado, portan-

to, uma instituição efetivamente médica e sim de caridade, ora porque não fora construído nos parâmetros adequados às necessidades da terapêutica moderna da alienação mental.

O conceito de **alienação mental** foi utilizado por Philippe Pinel, médico francês considerado o pai da psiquiatria, em seu clássico *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou Mania*, a primeira grande obra fundadora da especialidade.

O conceito de alienação se refere à ideia de um distúrbio das paixões que ocasiona um distúrbio moral. Pinel foi também responsável pela consolidação da primeira proposta terapêutica para a loucura: o tratamento moral (Pinel, 2007).

Em nosso meio, há uma obra clássica de um dos maiores escritores da língua portuguesa: *O Alienista*, de Machado de Assis. O conto, publicado em forma de folhetim, elabora uma perspicaz e profunda crítica ao modelo da ciência psiquiátrica que, ainda hoje, se embaralha com seus conceitos e dilemas mais fundamentais.

Para estudar este período e se aprofundar no conhecimento dos primeiros passos da psiquiatria brasileira, o livro *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, de Roberto Machado e colaboradores (1978), é, sem dúvida, a melhor referência bibliográfica e nos fornece as informações mais detalhadas e fundamentadas em pesquisa histórica.

Para refletir

Leia *O Alienista*, de Machado de Assis, e a partir deste conto reflita sobre alguns conceitos e questões. O que é normalidade? O que é loucura? Qual a relação entre normalidade e cultura?

O certo é que o Hospício de Pedro II abriu caminho para o surgimento de muitas outras instituições similares no país. A partir de então, e por quase 150 anos, pode-se resumir a política nacional do setor como de mera implantação de hospitais psiquiátricos. Vejamos.

Em 1890, logo após a Proclamação da República, o Hospício de Pedro II foi desanexado da Santa Casa e sua direção passou às mãos dos médicos. Além da criação da Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeiro órgão nacional de normatização e gestão da assistência, foram instituídas as duas primeiras colônias de alienados, as colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas na ilha do Galeão, no Rio de Janeiro. Daí em diante, foram dezenas de colônias agrícolas que passaram a existir em quase todos os estados da federação, onde eram internadas milhares e milhares de pessoas com problemas mentais. Para se ter uma ideia, a Colônia de Juquery (SP) alcançou a cifra das 15 mil vagas, ao passo que a Colônia de Jacarepaguá (RJ) chegou a 8 mil.

Colônias de alienados

Instituições psiquiátricas que se baseavam no princípio de que o trabalho seria uma forma eficaz de tratamento moral da alienação mental, uma vez que disciplinaria os indivíduos que, por conta da natureza de suas enfermidades, tinham as mentes desregradas.

A noção de colônia já é suficiente para exprimir a proposta de uma modalidade única de cultura: de colonização de um determinado tipo de pessoas, ligadas por uma origem étnica, profissional, religiosa ou de uma natureza especial, como seria o caso dos alienados. De qualquer forma, tal princípio expressa uma prática de segregação de sujeitos identificados como loucos. No início do século XX, falava-se até mesmo em cidades destinadas somente para os alienados: as cidades manicômios!

O aparecimento das colônias foi o que faltava para que o modelo asilar dominasse definitivamente a assistência psiquiátrica no país até as décadas de 1940 e 1950. Daque-

le momento em diante, outro fator viria a propiciar um novo momento de crescimento expressivo da oferta de leitos psiquiátricos no país. Trata-se do processo de privatização da assistência médica da previdência social, maior responsável pela assistência médica à população brasileira.

A prioridade de contratação de prestadores privados e outras características da assistência médica previdenciária durante a década de 1970 são analisadas no capítulo 11, sobre a história das políticas de saúde no Brasil.

As distorções consequentes deste modelo privatizante para a atenção em saúde mental, radicalizadas no período da ditadura militar instalada com o golpe de 1964 (quando a corrupção corroeu as bases do Estado), podem ser mais bem conhecidas no clássico livro de Luiz da Rocha Cerqueira, *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental* (1984). Para Cerqueira, a privatização fez crescer substancialmente o número de leitos psiquiátricos no país, sendo a maioria privados (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de leitos psiquiátricos públicos e privados. Brasil – 1941 e 1978

Ano	1941	1978
Leitos públicos	21.079	22.603
Leitos privados	3.034	55.670
Total	24.113	78.273

Fonte: Cerqueira, 1984.

Em torno de 97% de todos os recursos financeiros destinados à psiquiatria eram consumidos exclusivamente no pagamento dos custos das internações hospitalares. Com apenas 3% de recursos empenhados nas atividades assistenciais não hospitalares, não existiam hospitais-dia, centros de convivência ou serviços de atenção psicossocial; e mesmo os ambulatórios eram muito raros e precários (Cerqueira, 1984).

Origens da reforma psiquiátrica brasileira

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil começou no final da década de 1970, no contexto da redemocratização nacional, ou seja, na luta contra a ditadura militar. O ano de 1976, cenário de muitos eventos históricos dramáticos, tais como as bombas implantadas por militares nas sedes da Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), ou os assassinatos de dissidentes políticos, servia também de palco para o surgimento de uma forte militância no campo da saúde. Em São Paulo, a partir de um pequeno grupo de médicos da área da saúde pública, nascia o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que viria a ser o ator mais importante na organização do pensamento crítico no setor.

No início de 1978, no âmago deste cenário de luta pela redemocratização, no Rio de Janeiro, três médicos recém-formados deflagraram uma série de denúncias de maus-tratos, violência e desrespeito à dignidade e aos direitos humanos, impetrados pelos hospitais psiquiátricos da própria Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão do Ministério da Saúde. As vítimas eram não apenas os pacientes internados, mas também alguns presos políticos da ditadura.

O movimento sanitário é analisado no capítulo 11. Confira.

Para refletir
Você conhece algum hospital psiquiátrico? Existe algum em sua cidade ou nas proximidades? Conhece alguém que esteve internado em uma dessas instituições? A partir de sua experiência, analise as características de um hospital psiquiátrico e compare-as com as de um hospital geral.

O Ministério da Saúde respondeu prontamente, mas com a demissão dos profissionais que realizaram as denúncias. As demissões provocaram mais manifestações; estas ocasionaram mais denúncias e mais demissões. Enfim, foram demitidos 260 profissionais dos quatro hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, todos eles localizados no Rio de Janeiro.

Esse episódio ficou conhecido como a "crise da Dinsam" e teve repercussão em toda a imprensa do país por quase todo o ano de 1978. Culminou com a criação do primeiro movimento social organizado na área da saúde mental no país, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No MTSM, teve início um processo de reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos.

Para refletir
No livro *Asylums*, Erving Goffman elabora uma análise microssociológica de algumas instituições fechadas, que ele denominou de totais, fundadas no isolamento e na gestão completa e absoluta da vida dos internos. No Brasil, o livro foi publicado com o título *Manicômios, Prisões e Conventos* (Goffman, 1974).
Você já havia identificado algumas semelhanças entre tais instituições? Caracterize algumas dessas semelhanças.

Com a efervescência daquele cenário político, o MTSM expandiu-se rapidamente. Nos núcleos regionais do Cebes do Rio de Janeiro, de São Paulo, da Bahia e de Minas Gerais, foram constituídas Comissões de Saúde Mental, que exerceram papel central nos primeiros anos do processo de reforma psiquiátrica.

Ainda no ano de 1978, ocorreram dois eventos muito importantes que contaram com a participação do MTSM e que se tornaram marcos para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro foi o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, promovido pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (Ibrapsi), realizado no Rio de Janeiro no período de 19 a 22 de outubro de 1978, do qual participaram alguns dos mais importantes autores e atores da reforma psiquiátrica em âmbito internacional, como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Thomas Szasz e Erving Goffman, dentre outros de grande importância. O segundo foi o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú (SC), de 27 de outubro a 1º de novembro, que possibilitou ao MTSM uma excelente oportunidade para organizar o movimento em âmbito nacional. Ficou conhecido como o "Congresso da Abertura", na medida em que o MTSM conseguiu transformar o evento em um debate político sobre o modelo assistencial psiquiátrico brasileiro.

1978 – O início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil

- A 'crise' da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam)
- O Congresso do Ibrapsi – I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições – Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Thomas Szasz e Erving Goffman
- O Congresso da Abertura – V Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Camboriú/SC

Franco Basaglia aproveitou a vinda ao Brasil para realizar visitas a sindicatos e associações, proferir palestras em universidades e institutos e manter um contato bastante próximo com os ativistas do MTSM, tornando-se, a partir de então, referência fundamental na trajetória da experiência brasileira.

Logo no ano seguinte, ocorreram outros eventos muito importantes para o processo de reforma psiquiátrica: o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. O Congresso do MTSM aconteceu em janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiæ em São Paulo. Neste, depreende-se que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade, por meio do fortalecimento dos sindicatos e das demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais.

Já no Simpósio de Saúde da Câmara, o MTSM traçou um importante diagnóstico crítico sobre o modelo assistencial psiquiátrico e algumas das reflexões e propostas que viriam a marcar a atuação do movimento em toda a sua história. Neste mesmo simpósio, o Cebes apresentou a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), que seria base de inspiração da Constituição de 88 e, consequentemente, da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19/9/90).

Franco Basaglia retornou ao Brasil para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria e visitou o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, desencadeando uma crise de denúncias sobre a assistência psiquiátrica no Brasil. A visita de Basaglia a Barbacena trouxe muitos resultados marcantes, mas dois deles merecem destaque: o curta-metragem *Em Nome da Razão*, obra de estreia do premiado cineasta Helvécio Ratton, e o também premiado livro *Nos Porões da Loucura*, de Hiram Firmino.

Franco Basaglia (1922-1980), psiquiatra veneziano que liderou os processos de desinstitucionalização em Gorizia e Trieste, no norte da Itália, criou o Movimento Psiquiatria Democrática e inspirou a elaboração da lei da reforma psiquiátrica italiana, a lei n. 180, que ficou conhecida como a Lei Basaglia. Suas vindas ao Brasil, em 1978 e 1979, foram de extrema importância para os primeiros momentos do processo brasileiro. Aqui, Basaglia proferiu praticamente suas últimas conferências, que foram publicadas em vários países com o título de "Conferências Brasileiras de Franco Basaglia".

Livros e filmes sobre os hospícios no Brasil

Algumas obras trazem relatos muito expressivos de pessoas que estiveram internadas em hospícios brasileiros e que nos ajudam a entender o que é a violência e a violação permanente aos direitos humanos e à dignidade das pessoas internadas em tais instituições.
Procure conhecer:

Nos Porões da Loucura, livro de crônicas de Hiran Firmino sobre o hospital psiquiátrico de Barbacena; *Diário do Hospício* e *Cemitério dos Vivos*, do escritor carioca Lima Barreto; *O Hospício é Deus*, da jornalista e cronista Maura Lopes Cançado; *Os Últimos Dias de Paupéria*, do poeta, jornalista e compositor tropicalista Torquato Neto.

Canto dos Malditos, de Austregésilo Carrano, que deu origem ao filme *Bicho de 7 Cabeças*, dirigido por Laís Bodanski, e *O Alienista*, de Machado de Assis, adaptado para o cinema por Nelson Pereira dos Santos com o título de *Azyllo Muito Louco*, com a participação de Leila Diniz.
Assista também ao premiado documentário *Estamira*, de Marcos Prado, e a *Em Nome da Razão*, documentário de Helvécio Ratton sobre o hospital psiquiátrico de Barbacena.

Reforma psiquiátrica como processo social complexo: ruptura radical por uma sociedade sem manicômios

O período denominado Nova República, iniciado com a eleição indireta do primeiro presidente civil da República após o golpe militar de 1964, e caracterizado por uma frente política bastante ampla no sentido de garantir a governabilidade, foi palco da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986.

A "Oitava", como ficou conhecida – analisada em detalhe no capítulo 11 –, contou com efetiva (e expressiva) participação da sociedade civil e se tornou o marco das novas políticas de saúde no país, muito particularmente para a construção do SUS. Como desdobramento da 8ª CNS, foram propostas conferências sobre áreas temáticas específicas.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) realizou-se no período de 25 a 28 de junho de 1987, no Rio de Janeiro, promovendo uma articulação dos vários participantes do movimento nacional ligados ao campo da saúde mental. A conferência contou com cerca de 1.500 participantes e foi extremamente inovadora, tendo em vista alguns dos aspectos que listamos a seguir. Inicialmente, a exemplo da 8ª CNS, foi o primeiro evento de caráter público e de âmbito nacional a reunir, em uma mesma arena, os vários atores sociais envolvidos no campo da saúde mental, de pacientes (que, a partir da Oitava, foram denominados usuários), familiares e membros dos mais variados movimentos sociais a técnicos, dirigentes e políticos.

Você pode consultar o capítulo 28 para conhecer a dinâmica de participação das conferências de saúde.

Temas oficiais da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM)

- Economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e doença mental;
- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Para refletir

Você já participou de alguma conferência de saúde? Tem ou teve informações sobre a existência de alguma delas? Procure se informar em seu município.

A partir da I CNSM, a questão de uma nova legislação passou a compor a agenda do movimento da reforma psiquiátrica, assim como teve lugar o debate mais profundo sobre a falência do modelo centrado na hospitalização e sobre a premência da criação dos serviços extra-hospitalares. Mas também representou um marco histórico ao possibilitar o encontro de antigos e novos participantes do MTSM, de todas as partes do país, oferecendo as condições para a organização de um segundo congresso do movimento.

Como vimos, o I Congresso do MTSM havia sido organizado em 1979, apenas alguns meses após a criação do movimento. Mas a conjuntura do final da década de 1980, com o governo da Nova República, a 8ª CNS e a I CNSM, disponibilizava um cenário pleno de novas possibilidades. Assim, a partir da I CNSM, passou a ser organizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru (SP), de 3 a 6 de dezembro de 1987,

e que introduziu, no Brasil, o lema "Por uma sociedade sem manicômios", além de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado desde então na data de 18 de maio.

"Por uma sociedade sem manicômios"

Foi no âmbito da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, movimento criado em Bruxelas em 1974 por Franco Basaglia, Robert Castel e Felix Guattari, entre outros, que surgiu este lema. Foi utilizado pela primeira vez no Encontro Internacional na Espanha, em 1986, mas chegou ao nosso meio particularmente a partir do III Encontro Latino-Americano da Rede, realizado em Buenos Aires no período de 17 a 21 de dezembro daquele ano.

O Congresso de Bauru, como ficou conhecido, demarcou duas rupturas fundamentais na trajetória do processo. Uma primeira diz respeito à sua composição – predominantemente de profissionais da área, com pouca participação de 'pacientes' e familiares – para uma composição mais plural, com o concurso mais efetivo dos atores sociais envolvidos e de outros ativistas de movimentos sociais, todos considerados 'usuários' de acordo com os novos princípios da participação e o controle social inspirados nos princípios ideológicos e políticos do SUS. Uma segunda ruptura é representada pela proposição de uma transformação de caráter mais social, mais amplo, voltado para a introdução de mudanças na sociedade, e não apenas de uma transformação do modelo técnico-assistencial psiquiátrico.

Daí pode-se extrair o significado e a dimensão do lema "Por uma sociedade sem manicômios", inspirador da mudança da denominação do movimento que, em 1993, passaria a se chamar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). O MNLA, existente até os dias atuais, não é o único movimento na área, mas é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo da reforma psiquiátrica brasileira. O livro *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (Amarante, 2010) oferece uma análise e uma reconstrução histórica de todo o processo da reforma, com destaque para os temas, as tendências, os conflitos, os atores e os cenários. Analisa ainda as principais experiências internacionais de reformas psiquiátricas (Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália), que trouxeram subsídios para a experiência brasileira.

Rede de atenção psicossocial: aspectos da política contemporânea no campo da saúde mental

Falávamos de 1987. Aquele ano foi palco ainda de um terceiro fato que o tornou histórico no processo da reforma psiquiátrica brasileira: a criação na cidade de São Paulo do primeiro serviço de atenção psicossocial do país, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, da Secretaria Estadual de Saúde, que passou a ser conhecido simplesmente como Caps.

Trata-se do primeiro serviço que procurava constituir-se fora da lógica manicomial. Ensaiava ações de inserção comunitária e iniciava propostas de atenção intensiva a pacientes com quadros mais graves que, até então, eram atendidos predominantemente em hospitais e, muito raramente, em ambulatórios, pois, como vimos, a rede hospitalar absorvia a quase totalidade (97%) dos recursos financeiros destinados à assistência psiquiátrica. O Caps pas-

sou a realizar um dos mais importantes trabalhos assistenciais, tornando-se uma referência nas políticas de saúde mental e um campo de formação estratégica de profissionais para o processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Mas os efeitos positivos dos tempos da democratização não acabaram por aí. Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal com um capítulo dedicado à saúde, que passou a ser considerada "Direito de todos e dever do Estado". Foi certamente uma vitória do movimento nacional de Reforma Sanitária – aí incluído o movimento da reforma psiquiátrica – que propôs uma emenda popular com os termos do SUS, cujas diretrizes haviam sido consolidadas nos debates da 8ª CNS.

Você conhece parágrafos da Constituição Federal que se referem à saúde? Consulte o capítulo 11.

Com a diretriz da descentralização estabelecida no SUS, o poder municipal passou a ser o responsável pelo conjunto de instituições e políticas de saúde no âmbito do município. Foi assim que, em 3 de maio de 1989, ocorreu um dos mais importantes acontecimentos do processo de reforma psiquiátrica no Brasil: a intervenção realizada pela Prefeitura de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS, a Clínica Anchieta, onde ocorriam violências contra pacientes internados, assim como vários óbitos.

A partir dessa intervenção, duas opções do poder público municipal de Santos deram início a uma verdadeira revolução na questão do tratamento da loucura no país. A primeira opção foi a decisão de não reformar o hospital. Ou seja, de não seguir pelo caminho das reformas administrativas, como ocorria anteriormente, nas quais, após situações desta natureza, procurava-se readequar a instituição aos parâmetros considerados terapêuticos ou aceitáveis. Ao contrário, partiu-se do princípio de que o hospital psiquiátrico, por sua natureza e função social, era uma instituição de violência e segregação. Tais eventos de agressão à dignidade humana, longe de serem crises eventuais, eram bastante comuns e mesmo inerentes ao modelo institucional. Em segundo lugar, tendo como base a experiência de Trieste (Itália), iniciada por Franco Basaglia e continuada por Franco Rotelli, decidiu-se por atuar no sentido da desconstrução do manicômio, entendido não apenas como o hospital psiquiátrico em si, mas como todas as referências conceituais e ideológicas produzidas no âmbito do saber psiquiátrico em torno do conceito de doença mental.

Sobre as bases conceituais e históricas da experiência italiana, ver especialmente *Desinstitucionalização*, de Franco Rotelli, Diana Mauri e Ota de Leonardis (1990), *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*, coletânea de textos de Franco Basaglia (2005), e *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*, de Denise Dias Barros (1994).

Desconstrução do manicômio

A noção de desconstrução não diz respeito a uma ideia negativa, de destruição, mas sim de desmontagem da lógica teórico-conceitual e institucional de determinados saberes e práticas, e implica a reconstrução de formas de lidar com o problema. Quando nos referimos à desconstrução do manicômio, falamos da desmontagem de toda a lógica institucional, política, jurídica, ideológica, social e cultural que se constituiu em torno de um determinado conceito que, no caso da psiquiatria e do manicômio – sua mais importante e expressiva instituição –, é o conceito de doença mental como sinônimo de perda de razão.

Dessa forma, simultaneamente ao trabalho de desmontagem das estruturas manicomiais e do próprio encerramento das atividades de internação na Clínica Anchieta, teve início a construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos que – sempre fortemente inspirados na experiência triestina – passaram a ser denominados serviços substitutivos. Criaram-se cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (abertos 24 horas), distribuídos por critérios de regionalização em toda a cidade; um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral;

um vigoroso e criativo projeto cultural, o Projeto TAM TAM, com rádio e TV comunitária; uma residência para ex-internos do hospital que, por alguma razão, não tivessem condições próprias de moradia; e uma cooperativa de trabalho, para geração de renda para os usuários.

Usuário

Este termo passou a ser adotado pelo SUS para designar os beneficiários desse sistema, mas assumiu um valor muito particular no âmbito da saúde mental, por possibilitar o abandono da expressão 'paciente', considerada negativa e pejorativa, para os sujeitos em sofrimento mental.

A experiência santista se tornou a mais importante do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, tendo uma enorme repercussão, e não apenas no circuito da saúde: toda a grande imprensa divulgou e debateu a experiência, dando, à questão psiquiátrica, uma dimensão pública até então nunca vista. Sobre essa experiência, Florianita Braga e Cláudio Maierovitch (2000) organizaram o livro *Contra a Maré à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos*, que retrata não apenas a política de saúde mental, mas toda a proposta de saúde do município de Santos (SP), uma das pioneiras e mais avançadas do SUS.

O forte impacto e a repercussão da experiência santista estão na base das condições de possibilidade do aparecimento, em outubro do mesmo ano de 1989, do projeto de lei (PL n. 3.657/89), de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços de saúde mental. Apesar da rápida aprovação na Câmara dos Deputados, um ano depois, o projeto ficou em tramitação por quase 12 anos e acabou sendo rejeitado no Senado. Contudo, deu origem ao surgimento de um substitutivo, aprovado como a lei n. 10.216/01, que, apesar de abandonar algumas das propostas mais importantes do projeto – tais como a extinção progressiva dos manicômios –, possibilitou muitas inovações no campo do modelo assistencial e dos direitos humanos e da cidadania das pessoas em sofrimento mental.

Outra experiência importante que reforçou a ideia de rede substitutiva aconteceu no início dos anos 90 na cidade de São Paulo, com a criação de vários centros de convivência, hospitais-dia, programas de atenção psicossocial e inclusão, realizados em praças e jardins públicos, bastante originais e inventivos, além de cooperativas de trabalho para usuários e uma série de outras estratégias e serviços. Sobre esse trabalho realizado em São Paulo, existe um livro que é extremamente didático e esclarecedor. Trata-se de *Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*, organizado por Maria Cláudia Tedeschi Vieira, Maria Cristina Gonçalves Vicentin e Maria Inês Assumpção Fernandes (1999).

Em 2001, em decorrência da permanente reivindicação do movimento da reforma psiquiátrica, a Comissão Intersetorial de Saúde Mental encaminhou ao Ministério da Saúde a solicitação para a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em Brasília, de 11 a 15 de dezembro daquele mesmo ano. Foi um evento extremamente significativo, com cerca de três mil participantes, a maioria composta de delegados eleitos, e que demonstrou a força social e política do movimento da reforma psiquiátrica em todo o país.

A política nacional de saúde mental brasileira assumiu um caráter inovador em relação às experiências dos demais países, sendo atualmente reconhecida como tal pelas organizações internacionais de saúde, como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Certamente, é muito difícil explicar plenamente os motivos dessa inovação, mas podemos assinalar alguns aspectos. Um deles se refere à indiscutível participação e ao controle social, propiciados pelo próprio modelo de constituição do SUS, com destaque para alguns atores sociais muito expressivos, como é o caso do MNLA, e com a efetiva utilização dos canais de democratização do sistema, como as conferências e os conselhos de saúde. Outro aspecto está relacionado à pluralidade de experiências assistenciais e culturais inovadoras, distribuídas por todo o território nacional, que passou a produzir e

a reproduzir novas possibilidades no trato com a questão do sofrimento mental. E há, ainda, o modo como o Estado vem incorporando essas inovações em forma de normas técnicas que constituem políticas de transformação do modelo de saúde mental.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) foi uma das medidas que introduziram uma reversão significativa no modelo assistencial. Instituído pela portaria n. 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, o PNASH foi um dispositivo fundamental na redução dos leitos psiquiátricos ao estabelecer diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificar os hospitais psiquiátricos e definir e estruturar a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Atualmente, no país todo, o número de leitos psiquiátricos é inferior a 50 mil. Nesse processo de redução dos leitos, merece destaque a atuação dos ministérios públicos estaduais que, a partir de ocorrências de óbitos e violências em hospitais psiquiátricos, têm impetrado medidas substanciais para a reversão do modelo.

Embora seja evidente, muitos autores ligados aos setores conservadores da psiquiatria (dentre os quais muito particularmente os da psiquiatria privada com seus 55 mil leitos de então) alarmavam a sociedade com a ideia de que os leitos estavam sendo fechados e a população, agora desassistida, estava sendo abandonada nas ruas. Ao contrário, desde a experiência pioneira de Santos, onde foi construída a primeira moradia para egressos do hospital (denominada República Manequinho), debatia-se a necessidade de dispositivos residenciais para os internos desmanicomializados. Seja porque não têm famílias ou porque as famílias não têm condições de aceitá-los (ou não os querem mais em casa), seja até mesmo porque alguns usuários não querem conviver com seus familiares, os dispositivos residenciais, ou formas e estratégias de residencialidade, vêm sendo propostos no âmbito do processo da reforma psiquiátrica desde o final dos anos 70. No Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, foi ressaltada a importância dos “lares abrigados”, expressão adotada na época. Assim, foram promulgadas a portaria n. 106/2000, que introduziu os “Serviços residenciais terapêuticos” para egressos de longas internações, e a portaria n. 1.220/2000, que regulamentou a anterior no sistema de financiamento do SUS.

O Ministério da Saúde considera que foi necessário denominar esses dispositivos de “serviços” e de “terapêuticos”, para que pudessem ser financiados pelo SUS. Em todo caso, é importante observar que todo o cuidado é pouco na implantação e condução das residências, na medida em que efetivamente não devem ser serviços e muito menos terapêuticos. A soma desses dois elementos, serviços e terapêuticos, aponta para o risco de instituições totais, que assumem o caráter de instituições disciplinares que se propunham reeducadoras dos indivíduos nelas internados. É o caso dos reformatórios, das casas de correção, dos educandários normais e dos manicômios (berço do tratamento moral).

Observados os riscos e as possíveis dificuldades daí advindas, as residências de egressos de hospitais psiquiátricos vêm representando um ponto de grande avanço no processo de reforma psiquiátrica, um recurso ímpar no processo de desinstitucionalização. Em 2011, registram-se 596 residências, onde moram em torno de três mil pessoas. Apesar do impacto dessa política na desmanicomialização, fica claro que não deve ser o único recurso adotado. Muitas famílias aceitaram seus parentes com muita generosidade e alegria. Não é verdade

que as famílias sempre os rejeitam. São filhos e filhas, pais e mães, maridos e esposas... O mito da recusa ao retorno à casa foi construído pela psiquiatria, com invejável colaboração dos empresários, donos de hospitais, que lucram com as hospitalizações prolongadas ou permanentes. Além disso, foi instituído o programa De Volta para Casa, de incentivo à desmanicomialização e integração social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. O programa instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, possibilitando um benefício em dinheiro para usuários e suas famílias. O programa foi instituído pela lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, e em julho de 2011 contava com 3.832 participantes (Brasil, 2011).

Em relação aos serviços de atenção psicossocial, logo após o surgimento do Caps Luiz Cerqueira e dos Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde (Naps) de Santos, muitos outros serviços passaram a ser criados, com destaque para os Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam), implantados no estado de Minas Gerais.

Com as perspectivas abertas por esses serviços pioneiros, em 19 de novembro de 1991 o Ministério da Saúde promulgou a portaria n. 189 e, em 29 de janeiro de 1992, a portaria n. 224, que estabeleceram e regulamentaram os novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial. Ou seja, além das consultas ambulatoriais e das internações psiquiátricas, passaram a ser possíveis os atendimentos em serviços de atenção psicossocial (denominados igualmente de Naps/Caps), em hospitais-dia, em oficinas terapêuticas, entre outros. Apesar do valor inegável dessas portarias, a concepção impressa nesses documentos termina por limitar a criatividade e a complexidade dos serviços de atenção psicossocial.

Uma consequência dessa orientação se reflete na redução conceitual e na mobilidade e flexibilidade dos serviços, ao desconsiderar as diversidades das modalidades e naturezas das experiências nas quais as portarias se basearam. O Caps, que serviu de inspiração para a normatização, surgiu em um período anterior ao SUS, não vislumbrando, à época, exercer uma intervenção de base fundamentalmente territorial, nem se propondo a se tornar um serviço substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional. Já os Naps eram serviços que funcionavam em rede, interligados às demais políticas e estratégias públicas e sociais, e tinham uma proposta de intervenção intersetorial mais articulada às iniciativas da comunidade – enfim, se propunham como estratégia substitutiva.

Em 2002, foi promulgada a portaria n. 336, que estabeleceu uma nova regulamentação dos serviços de atenção psicossocial. Foi abandonada a sigla Naps e todos os serviços dessa natureza passaram a ser denominados Caps, sendo classificados a partir de então em três categorias de modalidades distintas, como é possível constatar no Quadro 1.

Em julho de 2011, o número total de Caps no país chegou a 1.650, dos quais 780 da modalidade Caps I; 420, Caps II; 55, Caps III; 262, Caps-ad; e 132, Caps-i. No sentido de monitorar o processo de reversão do modelo assistencial, é importante assinalar que o número de leitos em hospitais psiquiátricos continuou a diminuir: passou de 51.393, em 2002, para 32.681, em julho de 2011 (*Boletim Informativo da Raps*, 2012).

O objetivo é que os Caps funcionem articulados em rede, não apenas entre si, isto é, em rede inter-Caps, mas, e fundamentalmente, em rede com outros serviços sanitários (de saúde mental e saúde em geral) e em rede com outros serviços e dispositivos não sanitários. Ou seja, que possam atuar articulados intersetorialmente com projetos oriundos da área da

educação, da cultura, do transporte, entre tantos outros produzidos no âmbito dos vários setores das políticas públicas. E não apenas das políticas públicas, mas também das iniciativas que vêm da sociedade com seus vários recursos e possibilidades.

Quadro 1 – Tipos e modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps)

Tipos e modalidades de Caps	População do município	Horário de funcionamento	Dias de funcionamento na semana	Clientela
Caps I	Entre 20.000 e 70.000 hab.	8h às 18h	Segunda a sexta	Adultos
Caps II	Entre 70.000 e 200.000 hab.	8h às 18h Pode ter um terceiro período até 21h	Segunda a sexta	Adultos
Caps II-i	Acima de 200.000 hab.	8h às 18h Pode ter um terceiro período até 21h	Segunda a sexta	Crianças e adolescentes
Caps II-ad	Acima de 100.000 hab.	8h às 18h Pode ter um terceiro período até 21h	Segunda a sexta	Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
Caps III	Acima de 200.000 hab.	24 horas	Diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana	Adultos

Para refletir

Você tem informação sobre a existência de algum Caps em sua cidade? Ou melhor, já conheceu algum? Procure identificar uma dessas experiências e vá visitá-la. Se você também conhece algum hospital psiquiátrico, aproveite para comparar as duas modalidades de assistência.

O Caps é uma modalidade de serviço criada para atender de forma intensiva as pessoas com um sofrimento psíquico considerado intenso e, em geral, persistente. Para que um serviço possa almejar uma atenção que seja substitutiva ao hospital psiquiátrico, é necessário oferecer possibilidades de acesso e de cuidado mais frequentes e permanentes. Um dos maiores problemas das políticas de saúde mental nas décadas anteriores estava no fato de que a alternativa assistencial aos hospitais eram os ambulatórios e os centros de saúde mental, serviços de baixa resolutividade. Inexistiam serviços de natureza psicossocial que, na experiência italiana, passaram a ser conhecidos como serviços fortes, devido a sua alta flexibilidade, mobilidade territorial, oferta diversificada de cuidados e de estratégias assistenciais (Figura 1).

Figura 1 – A rede de atenção à saúde mental na concepção do Ministério da Saúde

CENTRO COMUNITÁRIO
CAPSad
Praças
CAPSi
Vizinhos
PSF
PSF
PSF
PSF
Esportes
CAPS
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
HOSPITAL GERAL
PSF
INSTITUIÇÕES DE DEFESA DOS DIREITOS DO USUÁRIO
PSF
Família
PRONTOS-SOCORROS GERAIS
PSF
PSF
PSF
Associações e/ou cooperativas
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
PSF/PACS SAÚDE DA FAMÍLIA
Escola
PSF
PSF
PSF
Associações de bairro
Trabalho
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Fonte: Brasil, 2005.

Rede de atenção à saúde mental

A concepção de rede de atenção à saúde mental do Ministério da Saúde reflete uma visão ainda muito restrita aos recursos e dispositivos sanitários, sem incorporar adequadamente a possibilidade de ativação de recursos intersetoriais e comunitários, mas é um passo para um novo entendimento da noção de rede e de articulação de recursos sociais e políticos do território no campo da saúde mental.

Além das várias atividades realizadas no interior de um Caps (oficinas de arte e trabalho, atendimentos individuais e/ou em grupo aos usuários e aos seus familiares, dentre outras),

o maior potencial de sua capacidade substitutiva está na sua ação no território, seja na possibilidade de ativar atores e recursos comunitários em função dos objetivos e estratégias de inclusão e integração social (atividades culturais, esportivas, de lazer, de trabalho), seja na transformação da cultura da comunidade em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento mental. Um bom exemplo de trabalho com famílias em um Caps pode ser encontrado em *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*, de Jonas Melman (2001).

Características de um serviço de atenção psicossocial 'forte'

- Atuar no sentido de substituir o modelo asilar.
- Disponibilizar oferta dinâmica e diversificada de recursos e estratégias trans e multidisciplinares.
- Funcionar 24 horas, inclusive sábados, domingos e feriados.
- Atuar com base no território.
- Intervir de forma intersetorial, isto é, ativando recursos de vários setores sociais.

Saúde mental e Estratégia Saúde da Família

A proposta de atenção à saúde da família que vem sendo implantada no Brasil é, sem dúvida alguma, uma das mais importantes políticas públicas experimentadas no país. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como é denominada de forma mais apropriada atualmente, em atuação articulada com a saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, representa uma das mais efetivas e inovadoras frentes do SUS. Tanto a ESF quanto a reforma psiquiátrica partem de um mesmo princípio, que é o da ruptura com o modelo biomédico, cujas características principais são a centralidade do hospital no modelo assistencial, o especialismo exacerbado, a predominância da relação médico-doença e não a relação sujeito-sujeito, entre outras.

O modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família é discutido nos capítulos 15 e 16. Consulte.

Por isso, é muito importante que, nas atividades de atenção psicossocial, tanto dos Caps quanto dos demais serviços (hospitais-dia, ambulatórios, unidades psiquiátricas em hospitais gerais etc.) e dispositivos (centros de convivência, oficinas, projetos de residencialidade, projetos culturais, de geração de renda e de inserção social), esteja sempre presente a articulação com a equipe de saúde da família.

Os programas de saúde mental de muitos municípios organizam estratégias de apoio matricial às equipes de saúde da família, isto é, estratégias de apoio permanente e consistente às equipes de saúde da família no lidar com os problemas de sofrimento psíquico na comunidade. Trata-se não apenas de realizar supervisões regulares, mas de organizar outras formas de cooperação, como prestar consultas em conjunto, fazer visitas domiciliares, organizar estudos de situações clínicas mais complexas etc.

Antonio Lancetti (2002) considera que a atenção à saúde mental no contexto da saúde da família pode significar a institucionalização radical proposta pela reforma psiquiátrica, na medida em que, ao cuidar das pessoas em casa, fortalece os recursos espontâneos e originais das próprias famílias e evita que o sujeito em sofrimento seja introduzido na carreira de doente mental produzida pelos hospitais psiquiátricos e outros recursos e terapêuticas

da psiquiatria tradicional. Lancetti entende ainda que a saúde mental na saúde da família possibilita um processo que pode ser denominado de complexidade invertida. Explicando: na saúde, de uma maneira geral, a assistência é oferecida em graus crescentes de complexidade, isto é, vai dos cuidados mais básicos (atenção básica) ou primários (atenção primária) até os níveis mais sofisticados (assistência médico-cirúrgica hospitalar hiperespecializada). Ao contrário, o nível hospitalar na psiquiatria é o que dispõe do tratamento mais elementar, o mais padronizado e menos individualizado: eletrochoques como medidas punitivas, celas-fortes, proibições, coquetéis de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, intolerâncias, violências etc. É no âmbito do território que as ações são mais complexas, mais voltadas para os sujeitos e suas famílias, pois devem contribuir para que as mesmas modifiquem sua maneira de relacionar-se com o usuário, tomar decisões a esse respeito, orientar os vizinhos, participar das decisões da comunidade, mudar a cultura em relação aos problemas mentais.

Embora ainda não existam muitas publicações sobre a relação saúde mental e saúde da família, a coletânea *SaúdeLoucura 7* (2002), organizada por Lancetti, e o livro *Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial*, de Alice Bottaro de Oliveira, Marcos Antônio Vieira e Socorro Andrade (2006) são referências que auxiliam suficientemente a compreensão dos principais aspectos envolvidos.

Lei da reforma psiquiátrica e perspectivas de futuro...

Como vimos, com a repercussão política positiva da experiência santista iniciada em 1989, em outubro daquele mesmo ano foi apresentado um projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras formas de assistência, na mesma linha dos recursos psicossociais e culturais implantados em Santos. Mas, com a resistência organizada dos proprietários de hospitais psiquiátricos, que mobilizaram inclusive familiares, desinformados e assustados, e setores mais conservadores da universidade, foi muito difícil a aprovação do projeto de lei tal como apresentado originalmente. Por fim, em 27 de março de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica foi aprovada; não mais o projeto original (PL n. 3.657/89), mas um substitutivo que, sancionado em 6 de abril do mesmo ano, se tornou a lei n. 10.216/2001. Embora o texto aprovado tivesse excluído a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos da rede de recursos assistenciais em saúde mental, representou um significativo avanço e uma vitória inquestionável da luta do movimento antimanicomial brasileiro, ao revogar a legislação arcaica, em vigor desde 1934, e ao abrir a possibilidade e legitimar a nova política de reforma psiquiátrica. Além disso, durante os quase 12 anos de sua tramitação, acabou por inspirar oito leis estaduais de reforma psiquiátrica (RS, CE, PE, RN, MG, PR, DF e ES) e um incontável número de experiências locais e de associações de usuários e familiares.

A lei n. 10.216 trata fundamentalmente dos direitos e da proteção das pessoas com transtornos mentais, além de estimular o tratamento em regime comunitário e não hospitalar. Em seu artigo 2º, determina que, nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente informados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo – tais como ser tratados com humanidade e respeito; ser protegidos contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia

de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, entre outros.

Outro ponto importante da lei é a obrigatoriedade de o responsável técnico do estabelecimento comunicar, ao Ministério Público Estadual (MPE), a internação psiquiátrica involuntária. Essa inovação passou a produzir efeitos muito interessantes ao envolver o MPE nas atividades e responsabilidades de proteção das pessoas em sofrimento mental.

Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica)

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

Fernando Henrique Cardoso, José Gregori, José Serra, Roberto Brant

Considerações finais

A reforma psiquiátrica brasileira vem sendo constituída com base na noção de processo social complexo, que permite, entre outros aspectos, superar a ideia de uma simples reorganização do modelo assistencial, fato que ocorreu em outras experiências europeias e na norte-americana de reforma psiquiátrica. Assumir a noção de processo social complexo significa dizer que não existe o processo ou um só processo de reforma psiquiátrica, mas processos, na medida em que são ocorrências locais e históricas, com atores sociais e conjunturas específicas, singulares e diferenciadas. Além disso, a ideia de processo leva a pensar em movimento, com permanente renovação de atores, conceitos e princípios.

Assim, um processo social complexo implica várias dimensões simultâneas e interdependentes. A primeira dessas dimensões é epistemológica, que remete a repensar, desconstruir e reconstruir vários conceitos fundamentais do modelo científico, isto é, do paradigma da psiquiatria. O principal conceito se refere ao objeto da ciência psiquiátrica: a alienação mental (que posteriormente passou a ser denominada de 'doença mental' e, atualmente, de 'transtorno mental', mas, em última instância, todos com o mesmo significado: a perda da razão!). Outro conceito em processo de desconstrução é o de cura, como ideia de correção, ou de normatização proveniente do princípio da 'normalidade', como ideal teleológico, sinônimo ora de perfeição, ora de felicidade.

A dimensão técnico-assistencial, ou seja, a dimensão que trata da organização e dos princípios do cuidado, é absolutamente redefinida quando surge como consequência ou associada à transformação na dimensão anterior. Exemplificando, no paradigma psiquiátrico, na medida em que 'alienação mental' é sinônimo de erro ou periculosidade, entre outros significados negativos, o modelo assistencial é baseado, como vimos, na tutela, na vigilância, na disciplina, no controle e na regeneração dos indivíduos. Foi dessa forma que nasceu e floresceu o modelo asilar, manicomial, hospitalar da psiquiatria. Se na dimensão epistemológica esses significados forem desmontados conceitualmente, como reflexo na dimensão técnico-assistencial, a organização de serviços se tornará voltada para o cuidado, para o acolhimento, para a construção de espaços de escuta, de sociabilidade, de produção de subjetividade, de vida, e não de controle e vigilância, ou de punição e segregação. Esse é o princípio geral dos serviços de atenção psicossocial e das novas estratégias e dispositivos.

As características do cuidado ao doente crônico são discutidas no capítulo 32. Compare.

A terceira dimensão é a jurídico-política. Uma faceta dessa dimensão está calcada nos aspectos legais que tratam do tema da loucura. Tanto o código civil quanto o penal são absolutamente arcaicos na matéria da reforma psiquiátrica. Referem-se ainda a "loucos de todo gênero", à "irresponsabilidade civil" e a tantos outros aspectos discriminatórios, estigmatizantes e preconceituosos contra as pessoas em sofrimento mental. Mas a outra faceta – a da política – pode conter grandes avanços, pois trata da questão das práticas de cidadania. Ou seja, da possibilidade de construir espaços reais de produção de possibilidades de vida, tais como cooperativas de trabalho ou projetos de geração de renda para pessoas com desvantagem social (e não apenas com diagnósticos de transtorno mental), de construir programas de participação e ingresso social, entre outras estratégias que viabilizem efetivamente a participação cidadã de pessoas nas várias possibilidades da vida coletiva.

Por fim, há a dimensão sociocultural; ou seria esta uma dimensão que resultaria de todas as demais? Pois, certamente, uma característica do processo brasileiro de reforma psiquiátrica é o forte investimento no campo sociocultural, com uma pluralidade de iniciativas

que contribuem para que a sociedade possa refletir sobre a questão da loucura e transformar sua relação com ela e com as pessoas com ela identificadas.

Na atualidade, concordam autores e organismos internacionais, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica é um dos mais importantes e originais em todo o mundo. Em parte, isso ocorre em consequência do próprio SUS. O funcionamento regular do SUS possibilita que os militantes do processo de reforma psiquiátrica participem dos Conselhos Municipais e Estaduais e do Conselho Nacional de Saúde e interfiram efetivamente nas políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial.

Outro mecanismo de participação também muito importante são as Conferências de Saúde Mental. Mas a ausência de uma periodicidade regular – como vimos, foram realizadas apenas quatro (1987, 1992, 2001 e 2010) desde a 8ª CNS – enfraquece essa estratégia democrática de controle e participação social. Por exemplo, após a 12ª CNS, realizada em dezembro de 2003, esperava-se que fosse convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Ao contrário, além de não ter sido convocada, foram realizados pelo SUS alguns congressos nacionais de serviços com algumas características preocupantes. Uma delas, o fato de serem congressos de técnicos, sem a participação paritária, prevista constitucionalmente, de usuários e familiares como representantes da sociedade civil. Outra, o fato de serem congressos especializados, isto é, dedicados exclusivamente a um tipo de serviço, fazendo com que o aperfeiçoamento estivesse na dependência exclusiva de medidas científicas ou administrativas oriundas do campo técnico. Finalmente, pelo fato de serem encontros de serviços isolados, no momento em que toda a política de saúde estava voltada para a construção de redes, de intersetorialidade, de integralidade. A IV Conferência foi realizada apenas em 2010, no final do governo, quando já se tornava pouco provável a viabilização das propostas aprovadas.

Uma das forças mais expressivas do processo brasileiro de reforma psiquiátrica está no fato de ser baseado em um forte e permanente movimento social, no qual se destacam o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que já realizou vários encontros nacionais, com centenas de participantes, e as associações de usuários e familiares (existem dezenas de associações dessa natureza) que já realizaram vários encontros municipais, estaduais e nacionais, todos com ampla participação. Mais recentemente, surgiram novos atores sociais que enriquecem ainda mais as políticas de saúde mental, como a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) e a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Esta última reúne não apenas profissionais das várias áreas inter/transdisciplinares que caracterizam o campo da saúde mental, mas também os diversos militantes sociais e políticos (usuários, familiares, militantes dos direitos humanos e outros). Além disso, ficaram muito mais delimitados os atores sociais contrários ao processo de reforma psiquiátrica, como a Associação Brasileira de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), a Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e alguns segmentos da categoria médico-psiquiátrica e acadêmica.

O principal objetivo da reforma psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. É o que se deseja para a nossa realidade.

Leituras recomendadas

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos, Edusp, 1994.

BASAGLIA, F. *Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Org. de Paulo Amarante).

BRAGA, F. & MAIEROVITCH, C. (Orgs.) *Contra a Maré, à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2002. (Coleção Saúde Loucura 7)

MELMAN, J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

OLIVEIRA, A. G. B.; VIEIRA, M. A. M. & ANDRADE, S. M. R. *Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial*. Cuiabá: NESM, Olho d'Água, 2006.

ROTELLI, F.; MAURI, D. & DE LEONARDIS, O. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

VIEIRA, M. C. T.; VICENTIN, M. C. G. & FERNANDES, M. I. A. (Orgs.) *Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999.

Sites de interesse

Associação Brasileira de Saúde Mental: www.abrasme.org.br

Inverso ONG em Saúde Mental: www.inverso.org.br

Política Nacional de Saúde Mental: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925

Psiquiatria Democrática Italiana: www.psichiatriademocratica.com

Rede Exclusion Trieste: www.exclusion.net

Referências

AMARANTE, P. (Coord.) *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [2005]. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos, Edusp, 1994.

BASAGLIA, F. *Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Organização de Paulo Amarante).

BOLETIM INFORMATIVO DA RAPS (REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL), n. 1, ano 1, jul./ago. 2012.

BRAGA, F. & MAIEROVITCH, C. (Orgs.) *Contra a Maré à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Saúde Mental no SUS: os Caps*. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*, ano VI, n. 9, julho de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 12 set. 2011.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1984.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2002. (Coleção SaúdeLoucura 7)

MACHADO, R. *et al*. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELMAN, J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

OLIVEIRA, A. G. B.; VIEIRA, M. A. M. & ANDRADE, S. M. R. *Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial*. Cuiabá: NESM, Olho d'Água, 2006.

PINEL, P. *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

ROTELLI, F.; MAURI, D. & DE LEONARDIS, O. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

VIEIRA, M. C. T.; VICENTIN, M. C. G. & FERNANDES, M. I. A. (Orgs.) *Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999.

21. Assistência Farmacêutica

Jorge A. Z. Bermudez
Maria Auxiliadora Oliveira
Vera Lucia Luiza

O medicamento na agenda do desenvolvimento e da saúde

O acesso aos medicamentos deve ser considerado no marco dos sistemas e serviços de saúde e dos sistemas de proteção social e integra os objetivos de desenvolvimento do milênio, compromisso assumido pelos Estados-membros das Nações Unidas no ano 2000.

A declaração desse compromisso estabelece objetivos e metas a serem cumpridos por todos os países signatários, para que, até o ano de 2015, se possam reduzir as enormes desigualdades sociais e econômicas existentes em nosso planeta.

Em setembro de 2000, os 192 Estados-membros das Nações Unidas assumiram os compromissos expressos como **objetivos do milênio** (ODM), estabelecendo metas a serem cumpridas em torno de oito grandes grupos de objetivos: 1) erradicar a pobreza extrema e a fome; 2) atingir a educação primária universal; 3) promover a igualdade de gêneros e 'empoderar' as mulheres; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde materna; 6) combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7) assegurar a sustentabilidade ambiental; 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.
Fonte: Pnud, 2001.

Cabe destacar que, dos oito objetivos e 18 metas propostos, cinco se encontram diretamente relacionados à saúde, tal a importância que o tema vem assumindo na agenda do desenvolvimento econômico e social.

O acesso a medicamentos está implícito em diversas metas estabelecidas nessa declaração, tais como: reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos (meta 5); reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna (meta 6); reduzir a propagação do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e, consequentemente, da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunological Deficiency Syndrome* – Aids) (meta 7); reduzir a incidência da malária e de outras doenças importantes (meta 8).

O acesso a medicamentos está explícito de maneira específica na meta 17 do objetivo 8, intitulado "Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento", que enuncia o

seguinte: "Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento" (Pnud, 2001).

É preciso analisar o acesso aos medicamentos no âmbito das políticas de saúde, no marco do direito à saúde para todos e no reconhecimento desse direito. A garantia do direito ao acesso a serviços de saúde inclui o acesso a medicamentos e, por conseguinte, é imprescindível que os medicamentos e outros insumos em saúde recebam tratamento diferenciado, considerando-se que possuem características mercadológicas especiais que os diferenciam de outros produtos de consumo.

Neste capítulo, aborda-se o tema da assistência farmacêutica considerando três grandes eixos: os determinantes políticos, econômicos e sanitários da inserção do medicamento na agenda internacional do desenvolvimento; a importância da política nacional de medicamentos, seus objetivos e componentes, conforme proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS); o processo de formulação da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, bem como os seus principais desdobramentos.

Por que o medicamento está presente na agenda internacional do desenvolvimento?

Os medicamentos salvam vidas e podem contribuir para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida de pessoas portadoras de enfermidades crônicas.

Nesse sentido, o medicamento é considerado a intervenção terapêutica mais custo-efetiva, quando sua prescrição e seu uso são realizados de forma racional, além de ser aquela utilizada com mais frequência (McIsaac *et al.*, 1994).

Para refletir

Como mostra a Figura 1, os medicamentos usados de forma não racional podem constituir importante problema de saúde pública. Por quê?

Do ponto de vista da saúde pública, o acesso regular a medicamentos eficazes, seguros e muitas vezes de baixo custo poderia evitar a morte prematura de milhares de crianças e adultos que vivem em países em desenvolvimento, onde as infecções respiratórias agudas, que poderiam ser curadas com antibióticos baratos ou prevenidas com o uso de vacinas, ainda causam quatro milhões de óbitos. A mesma situação ocorre com outras enfermidades 'preveníveis' por vacinas ou tratáveis com medicamentos, como o sarampo, a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e cardiovasculares, que continuam liderando as estatísticas de mortalidade nos países pobres.

Adicionalmente, a crise desencadeada pela pandemia da infecção pelo HIV e a Aids, que vem ceifando prematuramente milhares de vidas nesses países e aumentando de modo drástico suas estatísticas de morbimortalidade, coloca a questão do acesso a medicamentos na agenda internacional da saúde e do desenvolvimento sustentável como uma das prioridades a serem implementadas pelos governos (Pnud, 2001).

Na perspectiva dos sistemas de saúde, a disponibilidade de medicamentos é também importante porque promove a credibilidade dos serviços e das ações de saúde. Comprovando tal

afirmação, inquéritos domiciliares realizados em países da África, da Ásia e da América Latina demonstraram que a disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde foi assinalada como o principal fator determinante da satisfação dos usuários. Observou-se também que a disponibilidade de medicamentos atrai mais pacientes para os serviços de atenção primária, o que, por sua vez, melhora a sua capacidade de realizar ações preventivas (MSH, 1997).

Figura 1 – Notícia de jornal sobre uso indevido de medicamentos

Sábado, 13 de novembro de 2004 O GLOBO O PAÍS • 1

Anvisa alerta para uso de flutamida em mulheres

Substância indicada para câncer de próstata, usada contra acne e queda de cabelo, leva quatro pacientes à mort

• BRASÍLIA. A morte de quatro mulheres este ano em decorrência do uso de medicamentos à base de flutamida levou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a divulgar um alerta para a comunidade médica. No comunicado, a Anvisa informa que a substância só está registrada na instituição para uso no tratamento de câncer de próstata e não deve ser prescrita para mulheres.

Segundo a Anvisa, recentemente cinco jovens que usaram o medicamento com outra indicação médica tiveram reações adversas e quatro morreram. As mortes ocorreram em Paraná, São Paulo, Paraíba e Minas Gerais. A substância havia sido prescrita para tratamento de acne e queda de cabelo. "A Unidade de Farmacovigilância da Anvisa recebeu notificações de cinco casos de hepatite fulminante em mulheres jovens", diz o comunicado da agência.

— É preciso fazer um alerta aos pacientes que vão utilizar essa substância, senão outras mortes virão — disse a paraibana Jória Viana Guerreiro, cuja irmã, Geórgia, morreu após usar o medicamento, por indicação do dermatologista, para combater a queda de cabelo.

A Anvisa esclareceu que a substância causou graves danos no fígado das pacientes. Duas delas chegaram a ser submetidos a transplante, mas não resistiram e morreram.

Reprodução de TV

GEÓRGIA, UMA DAS pacientes mortas por causa do uso de flutamida: irmã alerta sobre os efeitos da droga

Registro não prevê uso em pacientes do sexo feminino

"A flutamida é um antiandrogênio, indicado unicamente para tratamento do câncer de próstata em estágio avançado. O registro de produtos à base dessa substância no Brasil, França e Estados Unidos, dentre outros países, não prevê seu uso em pacientes do sexo feminino", alertou a Anvisa, acrescentando: "Diante da gravidade da reação adversa, a Unidade de Farmacovigilância alerta sobre os riscos do uso da flutamida por mulheres e solicita a todos os profissionais de saúde que notifiquem a suspeita desta reação adversa (e todas as suspeitas de reação adversa a qualquer medicamento)". Os formulários de notificação para os médicos estão no site www.anvisa.gov.br. ■

'Não há acne que justifique o uso da droga'

Jovem teve o fígado transplantado

Roberta Jansen

• No início deste ano, a analista de sistemas Luciana de Freitas Mattos, de 30 anos, achou que sua pele estava oleosa e aparentava um pouco mais de acne do que o normal. Nada grave nem alarmante, apenas uma pequena contrariedade para uma jovem vaidosa. Luciana procurou uma dermatologista em Belo Horizonte, onde mora, que imediatamente receitou a flutamida como tratamento.

— Ela me disse que o remédio costumava atacar um pouco o fígado e me pediu um exame de sangue. — lembra Luciana. — Fiz o exame, levei o resultado ao consultório e ela disse que eu poderia usar o medicamento sem problemas. Voltava à médica periodicamente e ela nunca me pediu que eu repetisse o exame.

Luciana tomou o remédio por cerca de quatro meses, com apenas um período de interrupção. A pele só piorava e ela começou a se sentir muito mal. Os médicos diagnosticaram hepatite fulminante medicamentosa. A condição era tão grave que a única maneira de salvar Luciana era com um transplante de fígado. O transplante, que se mostrou bem sucedido, ocorreu em 21 de junho. Aparentemente, foi o único caso de hepatite fulminante em razão do uso do medicamento para outros fins, que não o tratamento do câncer, em que a paciente sobreviveu.

— Eu queria ter sido informada sobre os riscos, não há acne que justifique o uso dessa droga — diz.

Fonte: *IstoÉ: Medicina e Bem-Estar*, 2.046, 28 jan. 2009.

Ao contrário, a irregularidade ou a falta do suprimento de medicamentos afeta a produtividade dos serviços e dos profissionais de saúde, porque exerce impacto negativo na resolutividade dos serviços em geral. Estudo realizado no Brasil evidenciou a associação entre resolutividade e disponibilidade de medicamentos no posto de saúde, constatando-se que os pacientes, ao receberem todo ou, pelo menos, parte do tratamento na mesma unidade onde obtiveram cuidado médico, tiveram a probabilidade 33% maior de ter seu problema resolvido (Halal *et al.*, 1994).

O fornecimento regular e universal de medicamentos associado ao desenvolvimento de ações preventivas, potencializadas por parcerias com a sociedade civil organizada, foi a abordagem adotada pelo Ministério da Saúde no combate às doenças sexualmente transmitidas (DST) e à Aids no Brasil. O sucesso desta abordagem, em que pesem alguns desafios enfrentados, se expressa na queda da mortalidade e da morbidade associadas à Aids ao longo das décadas de 1980 e 1990, período que corresponde ao dos primeiros casos detectados no país e à estruturação plena do fornecimento do tratamento (Fonseca & Bastos, 2007).

Outra questão da maior importância é o impacto dos gastos com medicamentos nos orçamentos domiciliares e nos sistemas de saúde, uma vez que os medicamentos são responsáveis, em média, por 23,1% dos gastos mundiais em saúde. Por sua vez, os gastos em saúde vêm aumentando de forma constante e expressiva em todo o mundo, tendo como uma de suas causas o aumento progressivo dos gastos com medicamentos. A proporção desses gastos em relação aos gastos totais em saúde varia entre 18,2% nos países de alta renda e 62,9% em países de baixa renda *per capita* (WHO, 2011). Esse fenômeno tem sido relacionado a diversos fatores, tais como o envelhecimento da população, o aumento do número de medicamentos prescritos por receita e a introdução de novos produtos protegidos por patentes e preços mais elevados.

O processo de **envelhecimento** vem acompanhado, em geral, por aumento da prevalência de doenças crônicas e de patologias degenerativas, que levam a maior consumo de medicamentos. Diversos estudos demonstram que a maioria dos idosos utiliza regularmente mais de um medicamento e de oito a quinze quando eles estão hospitalizados. Nos Estados Unidos, esse grupo responde por 30% a 35% do consumo total de medicamentos de prescrição obrigatória.

Fonte: HAI/WHO, 2003.

Cabe destaque a outro fenômeno que vem contribuindo sobremaneira para o aumento dos gastos com medicamentos: a tendência crescente de prescrever tratamento medicamentoso para estados fisiológicos, como a menopausa; para fatores de risco, como a prevenção de fraturas em razão da osteoporose; para modificar características pessoais, como a calvície, por exemplo.

Assim, alguns fatores que levam ao aumento do consumo de medicamentos são inexoráveis, enquanto outros ensejam a ação de políticas públicas para seu controle.

Para refletir

Medicamentos novos representam sempre vantagem terapêutica? Observe a Figura 2 e comente.

No Brasil, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 revelam que a saúde é o quarto principal grupo de despesas, comprometendo 7,2% da despesa média mensal familiar, depois de habitação, alimentação e transportes. Os medicamentos, importante componente da despesa em saúde, foram responsáveis por 76,4% desse componente nas famílias com renda até dois salários mínimos e 1,9% no grupo com renda acima de 25 salários mínimos. Fica claro, assim, que os medicamentos representam uma carga maior para os segmentos mais pobres da população (IBGE, 2010).

Em outra perspectiva, o gasto com medicamentos revela mais uma faceta da enorme desigualdade existente no acesso aos serviços e insumos de saúde entre as populações dos países ricos e o resto do mundo. Isso se verifica porque, enquanto nos países de alta renda esse gasto é majoritariamente coberto por sistemas de seguridade social públicos ou, em alguns casos, por seguros privados, nos países de média e baixa rendas as pessoas são obrigadas a usar recursos próprios.

Figura 2 – Divulgação na imprensa de retirada de medicamento do mercado por efeitos adversos

FOLHAONLINE

07/10/2004 - 17h03

Concorrentes do Vioxx também trazem riscos, alertam estudos

da **France Presse**, em Washington (EUA)

Drogas antiinflamatórias como o Vioxx, retirado do mercado após descobertas ligações do remédio com problemas cardíacos, podem trazer riscos semelhantes, alertaram dois estudos publicados na última edição do "New England Journal of Medicine".

A empresa farmacêutica Merck anunciou na semana passada a retirada do Vioxx do mercado mundial, depois que um estudo revelou que seu uso aumenta os riscos de derrames e ataques cardíacos. O remédio é usado no tratamento de artrite e dor.

Publicados duas semanas antes do previsto, os estudos visam informar melhor médicos e pacientes sobre os riscos que representam medicamentos similares ao Vioxx, inclusive o popular Celebrex, do laboratório Pfizer.

A pesquisa, realizada em 1999, quando Vioxx e Celebrex foram aprovados pela FDA (Food and Drug Administration, entidade que regula alimentos e medicamentos nos Estados Unidos), sugere que todos os medicamentos deste tipo têm efeitos semelhantes.

Eles atuam da mesma forma no combate a inflamações, enquanto limitam efeitos colaterais como o mal-estar estomacal, comuns em antiinflamatórios tradicionais. No entanto, neste processo, eles bloqueiam uma substância que ajuda a proteger o coração, afirmou o cardiologista Garret FitzGerald, da Universidade da Pensilvânia (EUA), que conduziu um dos estudos, financiado por duas empresas farmacêuticas.

"Eu acredito que é um efeito desta classe [de medicamentos, que inclui tipos similares, como o Celebrex ou Bextra]", disse FitzGerald. O Bextra, que chegou ao mercado em 2001, é a nova medicação do laboratório Pfizer para o tratamento da dor.

O cardiologista alertou a FDA para modificar a informação nas embalagens e alertar médicos e pacientes sobre os riscos.

A diretora médica da Pfizer, Gail Cawkwell, disse em um comunicado que "as informações sobre o Celebrex são volumosas e excedem, na proporção de pacientes estudados e na abrangência destes estudos, às informações sobre o Vioxx".

Fonte: *Folha de S.Paulo – Folha online* – 17 out. 2004. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u12528.shtml>. Acesso em: 20 set. 2012.

A maior participação do Estado no financiamento dos medicamentos poderia melhorar tal situação. Nessa perspectiva, o percentual de gasto público com medicamentos é um dos indicadores que demonstram o nível de compromisso do Estado com o acesso a medicamentos.

Na maioria dos países da Europa, por exemplo, o gasto público representa mais de 60% do gasto total com medicamentos, chegando a 78% na Espanha, 80% em Luxemburgo e 83% na Irlanda. O último inquérito da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a situação farmacêutica mundial mostra que o financiamento público de medicamentos varia entre 61,3% nos países de alta renda e 23,1% nos países de baixa renda (WHO, 2011).

Para refletir
Uma participação maior do Estado, e não do setor privado, no financiamento dos medicamentos melhoraria o acesso aos serviços e insumos de saúde? Por quê?

Embora o acesso a medicamentos seja considerado um direito humano fundamental, dados da OMS evidenciam que um terço da população mundial ainda não tem acesso regular. Os níveis mais baixos de acesso a medicamentos (< 50%) foram encontrados em países de baixa renda da África (14/45), das Américas (7/35) e na Índia. A inexistência de sistemas de proteção social em saúde universais e a baixa capacidade aquisitiva de governos e populações desses países estão entre as razões que explicam em parte esse fato.

Além disso, outro fator agravante refere-se às enormes perdas dos recursos investidos na assistência farmacêutica, as quais podem chegar a 70% em virtude do uso irracional, de falhas na adesão dos pacientes ao tratamento e do gerenciamento inadequado do sistema de abastecimento de medicamentos (MSH, 1997).

No que se refere à regulação, os medicamentos têm características mercadológicas diferentes de outros produtos, por isso merecem atenção especial dos governos, que em geral adotam medidas para regular sua produção, sua distribuição e seu uso. Diversas características mostram a elevada especificidade dos medicamentos quando comparados a outros bens de consumo. A seguir, apresentam-se as principais:

- inelasticidade da demanda ao preço: por seu caráter essencial na preservação da vida ou das condições de saúde das pessoas ou de populações, o medicamento, na medida do possível, não deixará de ser comprado por seu preço ser alto;
- o consumidor tem reduzido poder de decisão sobre o produto que vai adquirir: em geral, é o médico ou outro prescritor que o faz;
- assimetria na informação: médicos, produtores, atacadistas, varejistas, reguladores e pacientes têm conhecimentos limitados e segmentados sobre o produto;
- competição limitada: pela segmentação e pelo alto grau de concentração do mercado farmacêutico, pela lealdade dos prescritores às marcas e, atualmente, pela proteção patentária;
- desequilíbrio entre oferta, consumo e demanda de medicamentos.

Para refletir
O que diferencia os medicamentos de outros bens de consumo?

Desde janeiro de 1995, com a entrada em vigor do atual sistema de propriedade industrial, que engloba, entre outros aspectos, o acordo sobre os aspectos da propriedade intelectual relacionados ao comércio, conhecido como Acordo Trips (sigla em inglês para *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*), todos os países-membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) são obrigados a conceder patentes em todos os campos tecnológicos, incluindo o setor farmacêutico. Até então, conforme estabelecia a Convenção da União de Paris (CUP), vigente desde 1884, cada país tinha liberdade para escolher o regime de propriedade intelectual que melhor atendesse às suas necessidades de desenvolvimento social, econômico e industrial.

Propriedade intelectual é uma expressão genérica que corresponde ao direito de apropriação que o homem ou a empresa pode ter sobre as suas criações, obras e produções do intelecto, talento e engenho. Abrange duas grandes áreas: os direitos do autor e *copyright*, que protegem trabalhos literários, artísticos, fotográficos, cinematográficos e *softwares*; e os direitos de **propriedade industrial**, que protegem as atividades industriais e comerciais do indivíduo ou da companhia, mediante a concessão de monopólios legais, entre eles as patentes.

Naquele contexto, países desenvolvidos, como Estados Unidos, Suíça, Itália e Japão, entre outros, só passaram a reconhecer patentes para o setor farmacêutico quando os seus parques industriais nacionais estavam plenamente consolidados. Obedecendo à mesma legislação, o Brasil, como outros países em desenvolvimento, optou por não reconhecer patentes em setores estratégicos, dentre os quais o químico e o farmacêutico, o que possibilitou a implementação de políticas nacionais de desenvolvimento industrial e acadêmico. Essas políticas fomentaram a capacitação tecnológica nacional de países em desenvolvimento, como Brasil, Argentina e Índia, entre outros, mediante formação de massa de recursos humanos em nível de pós-graduação, bem como o estabelecimento de plantas industriais produtoras de matérias-primas e de medicamentos acabados, algumas das quais, até os dias atuais, têm papel fundamental no abastecimento dos países com medicamentos a preços acessíveis.

O Acordo Trips da OMC estabelece padrões mínimos de proteção da propriedade intelectual que devem ser incorporados às legislações nacionais relacionadas ao tema. Dessa forma, padroniza as legislações de propriedade intelectual (LPI) com critérios mais rígidos do que os vigentes nos países desenvolvidos na ocasião, sendo exemplos a duração de vinte anos para as patentes e a obrigatoriedade de concedê-las em todos os campos tecnológicos. Além disso, contém algumas flexibilidades (Quadro 1), as quais, se implementadas na legislação nacional, permitem aos seus países signatários adotar medidas que protejam a saúde pública (Oliveira, Chaves & Epsztejn, 2006). Em 2007, o governo brasileiro fez uso de uma dessas flexibilidades quando emitiu uma licença compulsória para um dos medicamentos utilizados no tratamento da Aids, o Efavirenz. Este medicamento era vendido para o Ministério da Saúde a um preço 136% mais alto que em outros países em desenvolvimento, como a Tailândia. A medida permitiu uma economia inicial de cerca de US$ 30 milhões, tendo um impacto positivo na sustentabilidade financeira do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais.

É importante registrar que o uso dessa flexibilidade pelo Brasil e por outros países em desenvolvimento, como a Tailândia, só foi possível porque havia disponibilidade de versões genéricas dos medicamentos licenciados no mercado internacional, as quais são produzidas por empresas indianas.

A Índia optou por usar todo o período de transição permitido pelo Acordo Trips, até janeiro de 2005, para o reconhecimento de patentes de produtos farmacêuticos. Tal opção, aliada a uma política de desenvolvimento industrial que permitiu a capacitação tecnológica do seu parque produtor de medicamentos, transformou a Índia em um dos maiores ex-

portadores de medicamentos genéricos de baixo custo para países de média e baixa rendas (Waning, Diedrichsen & Moon, 2010). Além disso, cabe mencionar que em 2005 a Índia, ao revisar a sua legislação nacional de propriedade intelectual para implementar integralmente o Acordo Trips, incorporou outras importantes flexibilidades, como normativa para uma interpretação rígida dos critérios de patenteabilidade (seção 3.d da lei de patentes), assim como os dois tipos de mecanismos de oposição de patentes descritos no Quadro 1.

A patente é um título de propriedade que garante ao seu titular o direito exclusivo de produzir, importar e comercializar o produto protegido por um período predeterminado, que atualmente é de vinte anos. Assim, ao inibir a entrada de concorrentes no mercado, a patente cria um forte monopólio, permitindo ao seu titular estabelecer preços que são várias vezes superiores aos custos marginais de produção, os quais, dependendo da essencialidade do produto patenteado, podem ter impacto muitas vezes nefasto no acesso a medicamentos.

Para refletir
Como os acordos comerciais internacionais influenciam no acesso aos medicamentos?

O preço é um dos determinantes do acesso pleno aos medicamentos. Por essa razão, diferentes estratégias que visam a reduzi-lo, como negociações conjuntas de países, compras centralizadas ou por fundos comuns administrados por organizações internacionais ou não governamentais, entre outras, vêm sendo adotadas por todos os países.

O fomento à competição é um dos mais poderosos instrumentos políticos para reduzir preços de medicamentos. Nos Estados Unidos, quando expira uma patente, o preço do genérico, em relação ao medicamento de referência, cai, em média, para cerca de 60% quando existe apenas um competidor; e para 29% quando existem dez competidores (Creese & Quick, 2001).

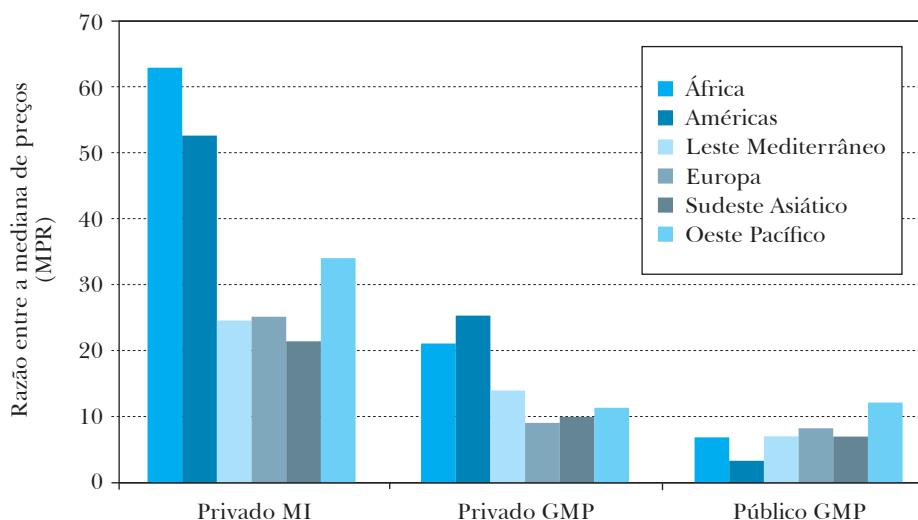
Um exemplo que ilustra a importância da concorrência no preço de medicamentos essenciais para as políticas de saúde pública é a enorme diferença de preços entre os medicamentos inovadores, especialmente quando protegidos por patentes, e os genéricos. Os dados do Gráfico 1 foram retirados de artigo de revisão (Cameron *et al.*, 2008) em que os autores consolidaram dados de 46 estudos, realizados em 36 países com metodologia proposta pela OMS. Nessa metodologia, os preços de cada medicamento estudado são todos comparados a preços de referência internacional, obtendo o indicador MPR (razão entre a mediana de preços – do inglês *median price ratio*) que expressa, portanto, quantas vezes cada preço observado foi maior que seu correspondente na lista de referência.

Quadro 1 – Exemplos de flexibilidades e disposições do Acordo Trips relacionadas ao acesso a medicamentos

Disposições e flexibilidades	Descrição
Critérios de patenteabilidade	Qualquer invenção, de produto ou de processo, em todos os setores tecnológicos, será patenteável, desde que seja nova, envolva um passo inventivo e seja passível de aplicação industrial (art. 27). Nota: Estados-membros têm liberdade para estabelecer regras para o exame dos pedidos de patentes baseadas em uma interpretação mais restritiva dos critérios de patenteabilidade, com o objetivo de evitar a concessão de patentes indevidas e *evergreening* (estratégia das empresas para obter a extensão do monopólio para além da expiração da patente original, por meio do patenteamento de aspectos secundários da invenção ou de pequenas modificações da mesma).
Exceções de patenteabilidade	Podem ser considerados como não patenteáveis, entre outros, "métodos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos para o tratamento de seres humanos", assim como novos usos de medicamentos que contêm substâncias conhecidas (art. 27.2 e 27.3).
Período de transição para adequação da legislação	Um ano (até 1996) para os países desenvolvidos; Cinco anos (até 2000) para os países em desenvolvimento; Onze anos (até 2006) para os países menos desenvolvidos (art. 65 e 66). Nota: o Conselho de Trips estendeu o período de transição para os países menos desenvolvidos adequarem suas legislações ao acordo até julho de 2013.
Período de transição para o setor farmacêutico	Dez anos ou até janeiro de 2005 para conceder patentes em campos tecnológicos não protegidos antes da entrada em vigor do Acordo Trips (janeiro de 1995) (art. 65). Nota: países menos desenvolvidos, que não reconheciam patentes no setor farmacêutico antes de janeiro de 1995, têm um prazo adicional de 11 anos para fazê-lo, ou seja, até 2016, conforme estabelece a Declaração sobre o Acordo Trips da OMC e a Saúde Pública, assinada em Doha, Catar, em novembro de 2001.
Uso experimental	A patente não deve impedir o uso experimental da invenção por terceiros com propósitos científicos ou com propósitos comerciais que não estejam em desacordo com a exploração normal da patente e não prejudiquem os legítimos interesses do titular da patente, levando em conta os legítimos interesses desses terceiros.
Esgotamento do direito de propriedade intelectual	De acordo com o princípio do esgotamento de direitos, o direito exclusivo do titular da patente de importar um produto protegido se esgota e, desse modo, termina quando este produto é lançado no mercado pelo titular ou por terceiros de forma legítima. Quando a legislação de um país prevê o esgotamento internacional dos direitos de propriedade intelectual, a importação paralela está autorizada a todos os residentes desse país (art. 6).
Importação paralela	Produtos importados para um país sem a autorização do titular da patente nesse país e que tenham sido introduzidos no mercado do país exportador pelo titular da patente ou por terceiros com o seu consentimento (art. 6).
Licença compulsória	Autorização concedida por uma autoridade judicial ou administrativa para a utilização, por terceiros, de uma invenção patenteada, sem o consentimento do titular da patente.
Exceção bolar (trabalho antecipado)	Permite a uma empresa completar todos os procedimentos e testes necessários para registrar um produto genérico antes do prazo de expiração da patente (art. 30).
Sistemas de oposição à concessão da patente	Permite a terceiros a possibilidade de fazer oposição à concessão da patente durante um período determinado. Os Estados-membros da OMC podem incluir em suas legislações nacionais um ou os dois tipos de sistema de oposição de patentes: Oposição *ex ante* – pode ser feita quando a oficina de patentes publica a intenção de conceder a patente. Oposição *ex post* – é realizada depois que a patente é concedida.

Fonte: Adaptado de Oliveira, Bermudez & Osório-de-Castro (2007) e UNDP (2010).

No Brasil, a baixa competição também é verificada no mercado de medicamentos não patenteados, porque existe enorme concentração de mercado, por parte de algumas empresas, em classes terapêuticas líderes em vendas (Quadro 2). Tal panorama, além da proteção conferida por patentes, certamente vem contribuindo para a manutenção de preços inacessíveis de medicamentos de uso corrente à população em geral, particularmente aos mais pobres.

Gráfico 1 – Razão entre a mediana de preços (MPR) do medicamento inovador (MI) e o genérico de menor preço (GMP) no setor privado e o genérico de menor preço (GMP) no setor público para uma cesta de 15 itens de medicamentos por região da OMS

Fonte: Elaboração própria com base em Cameron *et al.*, 2008.

Quadro 2 – Participação (%) das duas empresas líderes de mercado por classe terapêutica/ princípio ativo e origem de capital. Brasil – 2000

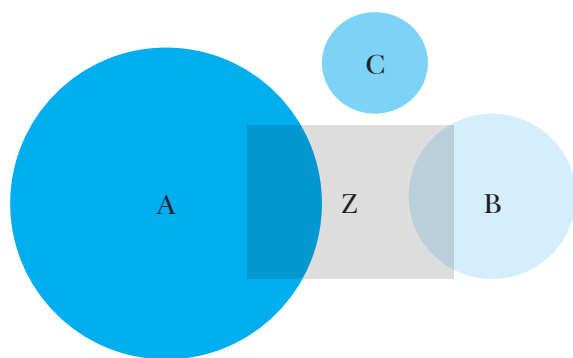
Classe terapêutica/ princípio ativo	Número de empresas produtoras	Participação de mercado das duas empresas líderes (%)		Origem do capital das duas líderes
Analgésico, anti-inflamatório: Diclofenaco de potássio	7	93,79	Novartis	Multinacional
		4,46	Merck	Multinacional
Antibiótico: Cefalexina	8	96,98	Eli Lilly	Multinacional
		2,91	Glaxo Welcome	Multinacional
Anti-hipertensivo, vasodilatador: Captopril	6	89,78	BMS	Multinacional
		6,77	Medley	Nacional
Antibiótico: Amoxicilina	14	58,24	Smith Kline Beecham	Multinacional
		21,39	BMS	Multinacional
Analgésico: Paracetamol	3	90,91	Janssen-Cilag	Multinacional
		8,35	Sanofi Winthrop	Multinacional
Anti-hipertensivo, vasodilatador: Maleato de enalapril	4	77,01	MSD	Multinacional
		20,00	Biosintética	Nacional
Analgésico, antipirético: Dipirona	12	93,10	HMR	Multinacional
		2,54	Sanofi Winthrop	Multinacional
Ansiolítico: Bromazepan	9	88,70	Roche	Multinacional
		9,76	Aché	Nacional
Ansiolítico: Diazepan	7	81,66	Roche	Multinacional
		7,83	União Química	Nacional

Fonte: Adaptado de Hasenclever *et al.*, 2002.

Estudos realizados no âmbito da campanha de acesso a medicamentos essenciais, implementada pela organização Médicos sem Fronteiras (MSF) a partir de 1999, mostraram que existe uma crise na pesquisa e no desenvolvimento (P&D) de novos medicamentos para as enfermidades prevalentes nas populações mais pobres do planeta, como as chamadas doenças negligenciadas. Entre os anos de 1975 e 1999, observou-se que, das 1.393 novas entidades químicas comercializadas, apenas 15 (1,1%) eram direcionadas ao tratamento dessas enfermidades – porque o papel de desenvolver medicamentos foi deixado a cargo da indústria farmacêutica inovadora, que é, em sua maioria, composta por empresas transnacionais altamente competitivas, mas cujas decisões são orientadas pelas forças do mercado e não pelas necessidades de saúde (Henry & Lexchin, 2002).

Doenças negligenciadas são aquelas que afetam populações de países pobres e para as quais as opções terapêuticas são inadequadas ou não existem. As companhias farmacêuticas não investem em P&D de medicamentos para essas doenças, porque não existe mercado consumidor atraente.
Fonte: MSF, 2001.

Dados sobre o mercado farmacêutico mundial mostram que 80% da produção de medicamentos é consumida por 19% da população que vive em países desenvolvidos da América do Norte, da Europa e da Ásia (Japão). Nesse contexto, o grupo de trabalho do MSF dividiu o mercado farmacêutico mundial em quatro categorias de doenças (Figura 3) e de acordo com a disponibilidade de novos tratamentos: as doenças globais, as doenças negligenciadas, as doenças mais negligenciadas e aquelas cujas condições não são consideradas enfermidades.

Figura 3 – Disponibilidade de medicamentos (retângulo cinza) segundo mercados potenciais

A representa doenças globais, como câncer, doenças cardiovasculares, doenças mentais e distúrbios neurológicos que constituem a maior concentração de P&D da indústria farmacêutica. Apesar de elas afetarem os países desenvolvidos tanto quanto os em desenvolvimento, nestes a maioria das pessoas que necessitam de medicamentos para tratar essas doenças não pode pagar por elas e, por conseguinte, não é atendida pelo mercado farmacêutico.

B representa as doenças negligenciadas, como a malária e a tuberculose, nas quais a indústria farmacêutica, com base em pesquisa, tem interesse apenas marginal. Embora também afetem indivíduos dos países ricos, como pacientes com tuberculose e pessoas que contraem malária em viagens, essas doenças afligem primordialmente as populações dos países em desenvolvimento.

C representa as doenças extremamente negligenciadas, como a doença do sono, a de Chagas e a leishmaniose, que afetam exclusivamente as populações dos países em desenvolvimento. Como a maioria desses pacientes é pobre demais para pagar qualquer tratamento, elas não representam praticamente nenhum mercado, e a maioria fica excluída do escopo dos esforços de P&D da indústria de remédios, portanto, fora do mercado farmacêutico.

Z representa a parcela do mercado farmacêutico referente a produtos voltados a condições que são diferentes das puramente médicas, como celulite, calvície, rugas, dietas, estresse e problemas de adaptação a fuso horário. Porém, constituem um segmento de mercado altamente lucrativo nos países ricos.

Fonte: MSF, 2001.

Para a primeira categoria, constituída por doenças prevalentes em países ricos, existe grande número de novas opções terapêuticas, exemplificando-se com as doenças cardiovasculares; para a segunda, constituída por doenças com menor prevalência nesses países, mas que conformam um mercado para a indústria, há número significativamente menor de novas opções terapêuticas, sendo exemplos a tuberculose e a malária; para a terceira, figura um conjunto de doenças para as quais as opções de tratamento são inadequadas ou não existem, uma vez que o mercado potencial é insuficiente para provocar a pronta resposta

do setor privado e, além disso, a capacidade de compra e de fomento à P&D por parte dos governos é insuficiente. A quarta categoria engloba ampla variedade de condições não médicas, como calvície, celulites e rugas da face, mas representa grande parcela de mercado, em especial nos países desenvolvidos (Figura 3).

Verificou-se também que apenas 10% das pesquisas globais em saúde são dedicadas a condições que acometem as populações mais pobres do planeta – a isso se designa desequilíbrio 90/10. Nesse contexto, sete organizações de diferentes partes do mundo uniram esforços para lançar a Iniciativa para as Doenças Negligenciadas (DNDi, sigla em inglês), cujo objetivo é fomentar a pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos para tais doenças (disponível em: <www.dndi.org>).

Para saber mais sobre as doenças negligenciadas e as iniciativas em pesquisa para enfrentá-las, consulte o capítulo 8.

Iniciativa para as Doenças Negligenciadas (DNDi)

Sete organizações de diferentes partes do mundo uniram esforços para lançar a Iniciativa para as DNDi: Fundação Oswaldo Cruz (Brasil), Conselho para a Pesquisa Médica (Índia), Instituto de Pesquisa Médica (Quênia), Ministério da Saúde da Malásia, Instituto Pasteur (França), Médicos sem Fronteiras e o programa especial para pesquisa e treinamento em doenças tropicais (TDR – UNDP/Banco Mundial/OMS).

Todos esses aspectos do mercado farmacêutico conformam o que se denomina na teoria econômica como um mercado imperfeito, o que, aliado à essencialidade do bem comercializado, justifica a necessidade de intervenção do Estado mediante a adoção de políticas que promovam o equilíbrio entre o direito das empresas de auferir lucros e o direito ao acesso a medicamentos para todos que deles necessitam.

Nesse contexto, a OMS, com base em diagnóstico mundial da situação dos medicamentos, reconhece que existem marcantes desigualdades na renda, nas condições de saúde, na P&D, no financiamento e no acesso a medicamentos. Entretanto, também reconhece que existem oportunidades para expandir o acesso e mudar a realidade. Uma das estratégias propostas pela OMS é a formulação e a implementação de uma Política Nacional de Medicamentos no contexto dos sistemas de saúde dos países (WHO, 2004).

Para refletir

Por que são necessárias políticas explícitas de medicamentos e de assistência farmacêutica?

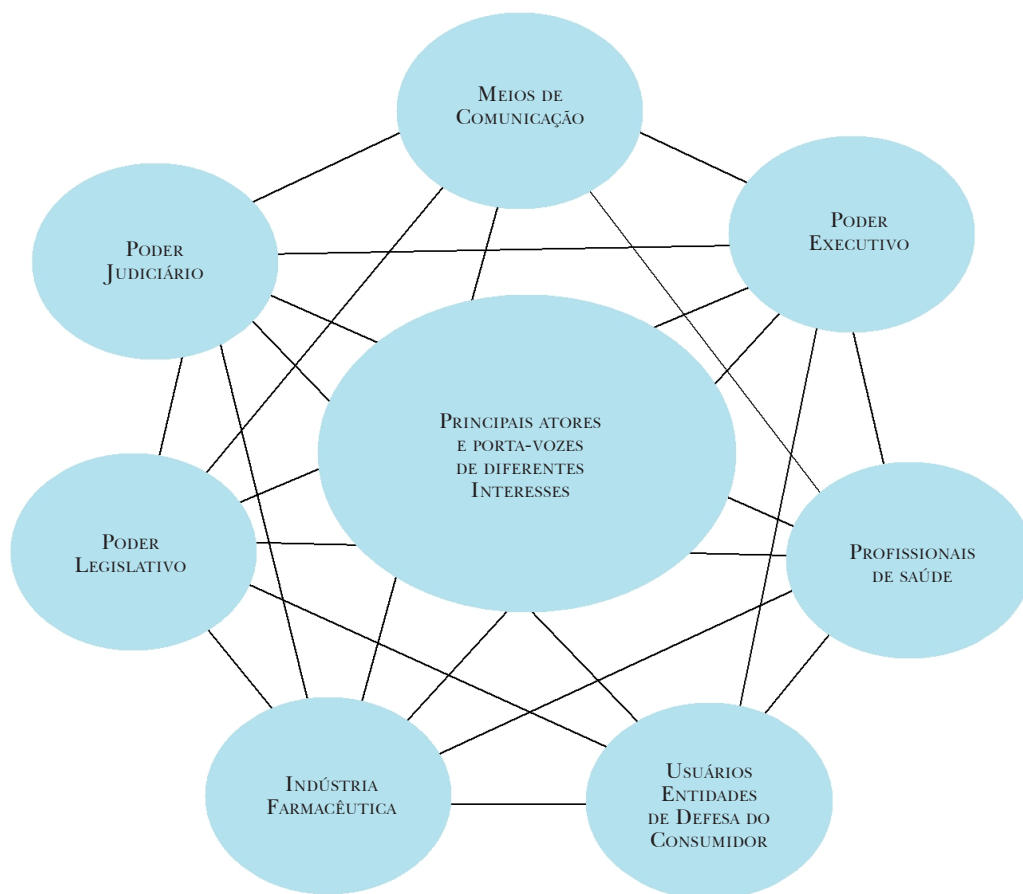
O que é uma Política Nacional de Medicamentos (PNM)?

O uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado, na dose e na posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a sociedade (WHO, 1987).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é o documento oficial que expressa um compromisso do governo com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população a medicamentos essenciais de qualidade assegurada e de eficácia e segurança comprovadas. Trata-se de um guia para a ação, pois estabelece prioridades e metas, assim como as estratégias para cumpri-las. Estabelece também papéis, direitos e obrigações dos diferentes atores envolvidos, sejam eles do setor público, sejam do privado.

Por essa razão, a OMS recomenda que o documento da PNM deve ser fruto de construção coletiva, obtida mediante um processo sistemático de consultas, diálogo e negocia-

ções com todas as partes interessadas, o que inclui outros ministérios, representantes de profissionais de saúde, da indústria farmacêutica doméstica e transnacional, de instituições acadêmicas, organizações não governamentais e de defesa dos consumidores, entre outros atores (Figura 4). Também é essencial envolver representantes dos diferentes níveis de gestão do sistema de saúde, pois o processo de participação de todos é tão importante quanto o próprio documento da política.

Figura 4 – Atores e interesses envolvidos em uma Política Nacional de Medicamentos

Fonte: Bonfim & Mercucci, 1997.

Nessa perspectiva, a PNM é necessária porque representa um registro formal de valores, aspirações, objetivos e compromissos do governo; define metas e objetivos nacionais para o setor farmacêutico; identifica estratégias necessárias para cumprir os objetivos e os agentes responsáveis pela implementação dos componentes principais da política; e cria um fórum de debate nacional sobre a questão.

O conceito de medicamentos essenciais é um dos elementos-chave de uma PNM, porque, ao ser aplicado nos setores público e privado, assim como nos diferentes níveis do sistema de saúde, promove a equidade e ajuda a definir prioridades para a atenção. O essencial do conceito é que a definição de uma lista com número limitado de medicamen-

tos – cuidadosamente selecionados com base em evidências científicas de eficácia e segurança e no perfil epidemiológico da população – promove a racionalidade do uso e melhora a eficiência do sistema de aprovisionamento.

Medicamentos essenciais são aqueles de máxima importância, básicos, indispensáveis, e devem ser acessíveis a todo momento, nas doses apropriadas, a todos os segmentos da sociedade. Devem estar sempre disponíveis no contexto do sistema de saúde, em quantidade apropriada, com qualidade assegurada e a preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar.

Fonte: WHO, 2001.

A recomendação da OMS é que uma PNM deve contemplar os seguintes componentes fundamentais: seleção de medicamentos essenciais; opções de financiamento; mecanismos que promovam a acessibilidade do preço (capacidade aquisitiva); sistemas de abastecimento; regulamentação e garantia da qualidade; uso racional; desenvolvimento de recursos humanos; pesquisa; avaliação e monitoramento (WHO, 2001). Cada um desses componentes guarda relação com os objetivos da PNM (Quadro 3). A PNM do Brasil foi elaborada em 1998 de acordo com as diretrizes da OMS.

Quadro 3 – Componentes da Política Nacional de Medicamentos segundo seus objetivos

Componentes	Objetivos da PNM		
	Acesso	Qualidade	Uso racional de medicamentos
Seleção de medicamentos essenciais	X	(X)	X
Acessibilidade no preço	X		
Financiamento	X		
Sistemas de abastecimento	X		(X)
Regulamentação e garantia da qualidade		X	X
Uso racional			X
Pesquisa	X	X	X
Recursos humanos	X	X	X
Monitoramento e avaliação	X	X	X

Obs: X – relação direta; (X) – relação indireta.

Fonte: WHO, 2001.

Assistência farmacêutica no Brasil

Historicamente, a inserção da assistência farmacêutica nas políticas públicas no Brasil está presente desde a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na década de 1930, quando a venda de medicamentos passou a ser definida como atribuição obrigatória das instituições previdenciárias. Posteriormente, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a revenda de medicamentos passou a ser feita em drogarias próprias, sindicatos ou empresas conveniadas. Não havia restrições ao elenco de medica-

mentos oferecidos, e o preço era total ou parcialmente financiado pelo INPS, descontado em folha de pagamento (Wilken & Bermudez, 1999).

Mais informações sobre IAPs, INPS e Ceme você encontra nos capítulos 10 e 11, que contam a história das políticas de saúde no Brasil.

Outro marco no país em relação às políticas farmacêuticas foi a criação da Central de Medicamentos (Ceme), em 1971. A Ceme foi criada com o objetivo de promover o acesso a medicamentos às populações de reduzido poder aquisitivo; suas estratégias de ação incluíam o fomento à pesquisa e à produção nacional de medicamentos, inclusive os fitoterápicos, e o desenvolvimento de fármacos. No entanto, a ação mais visível no âmbito dos serviços de saúde foi seguramente a do fornecimento de medicamentos. Nesse sentido, a Ceme funcionou como grande licitadora, adquirindo os medicamentos centralizadamente e promovendo sua distribuição nas unidades de atendimento.

As listas de medicamentos essenciais têm sido propostas como eixo estruturante das políticas farmacêuticas (WHO, 2001), constituindo poderosas ferramentas com impacto tanto nos custos quanto no uso racional de medicamentos. Destaca-se aqui o pioneirismo do Brasil, que, juntamente com um pequeno grupo de países, precedeu essa estratégia proposta pela OMS estabelecendo, em 1964, por meio do decreto n. 53.612, a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário e conta com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) desde 1975.

Os princípios e as diretrizes do SUS são discutidos em detalhes no capítulo 12.

Uma nova política nacional de medicamentos foi formulada no final da década de 1990, período no qual o país se encontrava em meio aos esforços de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios éticos/doutrinários, em que se destacam a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, e seus princípios organizacionais/operativos, com foco na descentralização, na regionalização e hierarquização e no controle social.

As diferentes opiniões manifestadas pelos pensadores e ativistas no campo dos medicamentos convergiam no diagnóstico de uma série de problemas na assistência farmacêutica, dentre os quais alguns são aqui destacados.

Do ponto de vista da oferta, o Brasil contava com um parque industrial constituído por cerca de quatrocentas empresas, dentre as quais cerca de oitenta indústrias transnacionais dominavam o mercado. Marcado pela presença de oligopólios com participação concentrada por classes terapêuticas, o país encontrava-se também altamente dependente da importação de matérias-primas, em particular dos princípios ativos. A incipiente produção nacional de fármacos caracterizava-se como indústria de cópia, sem desenvolvimento importante de produtos novos.

A importância da indústria farmacêutica no complexo industrial da saúde é discutida no capítulo 7.

Do ponto de vista da demanda, a escalada dos preços dos medicamentos conformava importante barreira ao acesso, em meio ao comércio mal controlado, com realização de práticas comerciais obtusas, como a chamada 'empurroterapia', em que o consumidor é induzido, nas farmácias, a comprar produtos de qualidade duvidosa ou dos quais não necessita.

Outra característica importante quanto à demanda é que a maior parte do financiamento do consumo de medicamentos era realizada com recursos próprios. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 mostram que, apesar de os gastos crescerem com a renda, os medicamentos comprometem uma porção maior da renda das famílias mais pobres do que das famílias mais ricas. Contudo, segundo Biasoto Jr. e Nishijima (2003), ainda com base na Pnad de 1998, a parcela da população com renda até dois salários mínimos dependia exclusivamente do setor público para obtenção dos medicamentos.

A despeito de o Brasil contar há muito tempo com amplo modelo de distribuição pública gratuita de medicamentos, o que representa avanço em relação à maioria dos países em desenvolvimento, o cenário geral apresentava problemas de diversas ordens. O abastecimento público tinha falhas e ineficiência e contava com profissionais com treinamento insuficiente e muitas vezes desmotivados – o que resulta em constantes faltas de medicamentos, perdas em razão de desvios, más condições de estocagem e processos inadequados de distribuição. No mercado privado de medicamentos, as más práticas comerciais e profissionais, além dos preços inacessíveis à maioria da população, contribuem para agravar a situação.

Como consequência dos princípios da descentralização, a Ceme foi extinta em 1997, em meio a denúncias de corrupção, ineficiência, desabastecimento da rede de saúde e desvio de seus objetivos.

> **Para refletir**
> Com base na sua experiência, seja como profissional da saúde, seja como usuário, como evoluiu o cenário apresentado? Quais os avanços percebidos?

Política de medicamentos no Brasil

Após longo processo de discussão (Figura 5) que envolveu representantes dos diferentes segmentos da sociedade com interesse no tema, o Brasil publicou, em 1998, por meio da portaria n. 3.916, do Ministério da Saúde, a PNM (Brasil, 1998). Como tal, a ideia é de que seja um guia para as ações na área, orientando a construção de programas, projetos e atividades. A principal vantagem foi a de formalizar um compromisso público do governo com a regulação do setor farmacêutico e com a promoção do acesso a medicamentos, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

Como um dos desdobramentos da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ocorrida em 2003, é formulada e publicada em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004). O documento reforça a importância na articulação intersetorial no tema e define a assistência farmacêutica da seguinte forma:

> Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (Brasil, 2004)

Outro ponto a ser destacado é que a atenção farmacêutica, modelo de prática profissional que implica a interação direta do farmacêutico com o usuário, é explicitada como parte das ações da assistência farmacêutica.

A PNM estabelece oito diretrizes e quatro grupos de prioridades para o setor, sumariamente apresentados no Quadro 4.

Várias ações têm sido desencadeadas com base na formulação da PNM e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf) no Brasil. A seguir, algumas são destacadas (Bermudez, 2002; Oliveira, Bermudez & Osório-de-Castro, 2007).

Figura 5 – Etapas do processo de formulação da Política Nacional de Medicamentos

PROPOSIÇÃO

1ª versão → Grupo assessor

2ª versão → Consultas

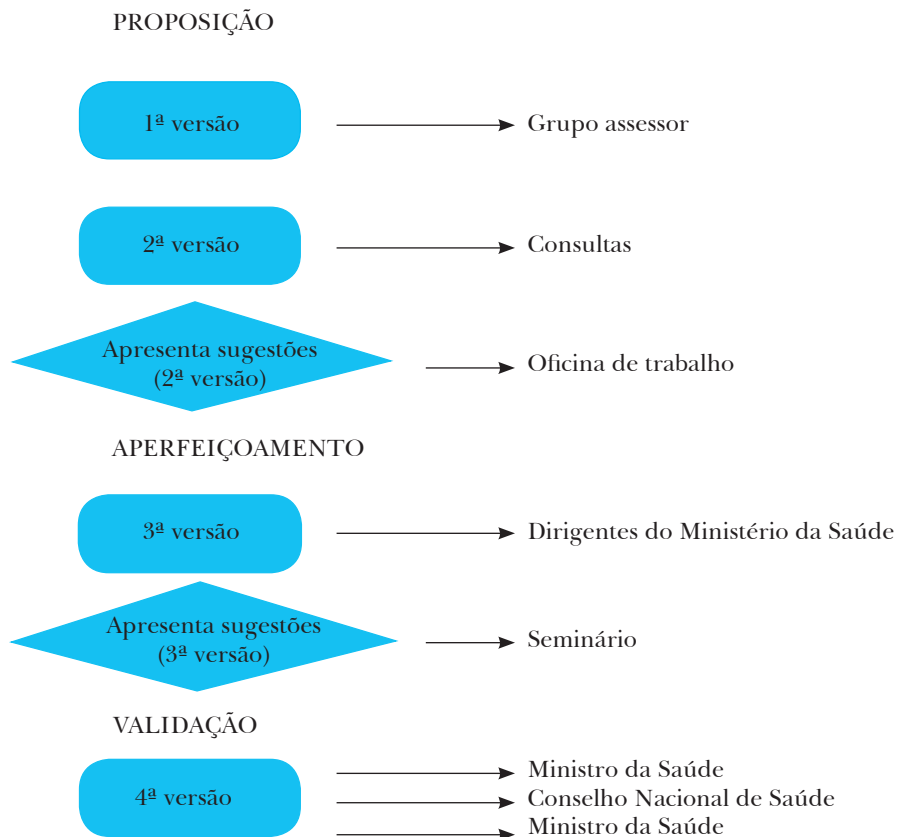
Apresenta sugestões (2ª versão) → Oficina de trabalho

APERFEIÇOAMENTO

3ª versão → Dirigentes do Ministério da Saúde

Apresenta sugestões (3ª versão) → Seminário

VALIDAÇÃO

4ª versão → Ministro da Saúde
→ Conselho Nacional de Saúde
→ Ministro da Saúde

Fonte: Bermudez *et al.*, 2000.

Quadro 4 – Diretrizes e prioridades definidas pela Política Nacional de Medicamentos de 1998

Diretrizes	Prioridades
Adoção de relação de medicamentos essenciais	Revisão permanente
Regulamentação sanitária de medicamentos	Revitalização, flexibilização de procedimentos e busca por maior consistência técnico-científica Elaboração de procedimentos operacionais sistematizados Treinamento
Reorientação da assistência farmacêutica	Garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada Descentralização plena da aquisição e distribuição de medicamentos Financiamento específico para os medicamentos da atenção básica Atenção especial aos medicamentos de alto custo
Promoção do uso racional de medicamentos	Campanhas educativas Registro e uso de medicamentos genéricos Formulário terapêutico nacional Farmacoepidemiologia e farmacovigilância
Desenvolvimento científico e tecnológico	-

Quadro 4 – Diretrizes e prioridades definidas pela Política Nacional de Medicamentos de 1998 (cont.)

Diretrizes	Prioridades
Promoção da produção de medicamentos	-
Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos	-
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos	Treinamento de RH (gerenciamento de sistemas de saúde e de informação; guias terapêuticos padronizados; farmacovigilância)

Fonte: Adaptado de Brasil, 1998.

Regulamentação sanitária de medicamentos: a criação da Anvisa

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi criada pela lei n. 9.782, de janeiro de 1999, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Além disso, a Anvisa exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária.

Dirigida por diretoria colegiada, composta por cinco membros, dos quais um é o diretor-presidente, a Anvisa é autarquia sob regime especial, isto é, agência reguladora com independência administrativa, autonomia financeira e estabilidade de seus dirigentes durante o período do mandato.

Criada de acordo com o modelo da agência reguladora de alimentos e medicamentos nos Estados Unidos (conhecida pela sigla FDA), a Anvisa tornou-se, no entanto, responsável por um leque de atividades mais amplo e diversificado. Suas funções abarcam todas as ações antes desenvolvidas pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS) e outras adicionais, tais como a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, o Programa Nacional de Sangue e Derivados, o Programa Brasileiro de Farmacovigilância e o Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares. Além disso, monitora o mercado farmacêutico e de equipamentos médicos, controla e inspeciona produtos do tabaco, fiscaliza portos, aeroportos e fronteiras, e é responsável pelas relações internacionais no tocante aos problemas relacionados à vigilância sanitária.

Dessa forma, a criação da Anvisa marcou o início da implementação de novo sistema nacional para regular medicamentos, alimentos, produtos sanitários, cosméticos e outras áreas da vigilância sanitária. Em contrapartida, provocou uma série de mudanças administrativas, técnicas e financeiras. Novos impostos e mecanismos foram criados para que a agência se tornasse de fato autônoma e autossuficiente.

As atribuições da Anvisa e da organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária são discutidas no capítulo 23.

Política de medicamentos genéricos

Uma política de medicamentos genéricos constitui estratégia com objetivo de impulsionar a competição de mercado de medicamentos via preço. Fundamenta-se no entendi-

mento de que a competição nesse mercado se dá normalmente por mecanismos extrapreços, baseada na diferenciação de produtos (estratégias ancoradas principalmente no monopólio de marcas comerciais, *marketing*, assimetria de informações e concentração do mercado por classes terapêuticas). Ancora-se em duas estratégias principais: o uso da denominação genérica dos medicamentos em todas as etapas de sua utilização e a disponibilidade de equivalentes intercambiáveis com medicamentos de marca com os quais possam competir pelo preço.

Medicamento genérico

É aquele similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser intercambiável com este, produzido, em geral, após a expiração ou a renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovadas a sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI).

A ação das políticas públicas na regulação do mercado de genéricos tem sido fundamental para a efetividade do programa nos diferentes países – no sentido de garantir seu impacto na redução dos preços, na aceitação pelos prescritores e pela sociedade – e de seu uso racional. O Quadro 5 apresenta os mecanismos propostos por Bennett, Quick e Velásquez (1997) para promover seu uso.

Ademais, a utilização da denominação genérica favorece a identificação inequívoca do medicamento em qualquer lugar do mundo e sua vinculação a dada família terapêutica. Dessa forma, além de ser estratégia de promoção de acesso que assegure a escolha ao consumidor, dentre produtos intercambiáveis, daquele de menor preço, uma política de medicamentos genéricos é estratégia de promoção do uso racional.

No Brasil, a política de medicamentos genéricos foi outro importante marco da implementação da PNM. Um dos seus objetivos é promover a concorrência visando a reduzir os preços, em especial os dos medicamentos de uso contínuo.

Em fevereiro de 1999, a lei n. 9.787, conhecida como a 'lei dos genéricos' (Brasil, 1999a), define o que considera medicamento genérico, assim como as condições segundo as quais os nomes genéricos podem ser utilizados. Essa lei define também os medicamentos similares.

Produto farmacêutico intercambiável

Equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados essencialmente os mesmos efeitos em relação à eficácia e à segurança.

Medicamentos similares

São os que contêm o(s) mesmo(s) princípio(s) ativo(s), apresentam a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e à forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos. Devem sempre ser identificados por nome comercial ou marca.

A principal diferença é que os genéricos são perfeitamente intercambiáveis com os medicamentos de referência, o que deve ser comprovado pelas evidências necessárias e suficientes, incluindo os testes de bioequivalência.

Bioequivalência

Consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos apresentados com a mesma forma farmacêutica, contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio(s) ativo(s) e que tenham comparável biodisponibilidade, quando estudados de acordo com o mesmo desenho experimental.

Quadro 5 – Mecanismos para promover o uso de medicamentos genéricos

Legislação e Regulamentação de Suporte	• Agilidade nos procedimentos de registro • Desenvolvimento de produto e autorização durante o período de patente • Disposições que permitam, encorajem ou requeiram a prescrição e a substituição de medicamentos • Exigência de que os rótulos e informativos de medicamentos contenham a denominação genérica
Capacidade de Garantia de Qualidade	• Desenvolvimento de listas de substituição e não substituição • Procedimentos para demonstrar bioequivalência • Capacidade de garantia de qualidade em nível nacional • Capacidade de inspeção da fabricação e comercialização em nível nacional
Aceitação do Público e dos Prescritores	• Envolvimento das associações profissionais no desenvolvimento da política • Implementação por fase, iniciando com a autorização para substituir • Requisição do uso de nomes genéricos nos processos de educação e treinamento dos profissionais de saúde • Disponibilidade de listas de consulta denominação genérica-nome comercial para os profissionais de saúde • Ampla campanha de promoção dos genéricos dirigida aos consumidores e aos profissionais
Fatores Econômicos	• Disponibilidade da informação de preços para o público e para os profissionais • Uso como preço de referência nos programas de reembolso • Controle do preço de varejo para favorecer a dispensação de genéricos • Apoio pela organização de seguros-saúde públicos e privados • Acordos com a indústria (redução da regulação de preços, aumento da proteção de patentes)

Fonte: Bennett, Quick & Velásquez, 1997: 54.

No ano de 2003, duas resoluções da Anvisa – RDC n. 133/2003 e n. 134/2003 (Anvisa, 2003a, 2003b) – definiram novos requerimentos para o registro de medicamentos similares; dentre tais exigências, a necessidade de realizar testes de bioequivalência relativa com os medicamentos de referência.

Em resumo, podem ser comercializados no Brasil três categorias de medicamentos: os inovadores ou de referência, os genéricos e os similares, sendo que os primeiros e os últimos devem ser comercializados obrigatoriamente com um nome de marca, enquanto os genéricos, obrigatoriamente, pela DCB e DCI ou International non Proprietary Name (INN).

Medicamento inovador ou de referência

Produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram cientificamente comprovadas junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

O primeiro registro de medicamento genérico ocorreu em fevereiro de 2000. O aumento do volume de produtos genéricos no mercado pode ser observado no Gráfico 2. O mercado brasileiro de genéricos representou, em dezembro de 2010, 16,0% em valor monetário e 19,9% do volume de vendas segundo dados divulgados pela Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró Genéricos).

Pró Genéricos

Fundada em janeiro de 2001, é a entidade que congrega os principais laboratórios atuantes na produção e comercialização de medicamentos genéricos no país. Disponível em: <www.progenericos.org.br>. Acesso em: 28 set. 2012.

Gráfico 2 – Valores acumulados do registro de genéricos: fármacos, medicamentos e apresentações. Brasil – 2011

Ano	Nº de fármacos registrados (valores acumulados)	Nº de medicamentos genéricos registrados (valores acumulados)	Nº de apresentações registradas (valores acumulados)
2000	63	138	759
2001	127	324	1.559
2002	178	517	2.355
2003	212	755	3.588
2004	234	1.126	5.726
2005	265	1.582	8.370
2006	317	1.896	10.950
2007	329	2.184	12.845
2008	334	2.572	14.130
2009	342	2.860	15.672
2010	373	3.068	17.057
2011	384	3.135	17.554

Fonte: Anvisa, 2012.

Para refletir

Quais são as bases e os objetivos para políticas de medicamentos genéricos?

Reorientação da assistência farmacêutica e provisão de medicamentos no setor público

Em 1999, a portaria n. 176 (Brasil, 1999b), ainda que centrada na discussão da assistência farmacêutica básica, instituiu nova política de provisão de medicamentos para o setor público. Foram estabelecidas as bases operacionais para a descentralização, definindo o Piso da Assistência Farmacêutica Básica (PAFB), um dos últimos programas de financiamento da atenção básica a ser normatizado. Ficou definido o financiamento compartilhado entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para os medicamentos da atenção básica que tiveram suas contrapartidas estipuladas.

A partir de 2006, o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) reorganiza, entre muitos outros aspectos, o financiamento do SUS. São criados seis blocos de financiamento, sendo de interesse para a presente discussão o Bloco da Assistência Farmacêutica e o de Gestão do SUS.

É reafirmada e redefinida a responsabilidade de financiamento pelas três esferas de governo. Fica estabelecida, além da cobertura dos medicamentos, a necessidade de recursos para a organização das ações de assistência farmacêutica, o que inclui a adequação dos ambientes de armazenagem de medicamentos e educação continuada de recursos humanos.

O financiamento dos medicamentos é estruturado em três componentes: básico, estratégico e, com a denominação definida pela portaria MS/GM n. 2.981, de 2009, o especializado.

Para o componente básico são estabelecidas contrapartidas mínimas para cada esfera de gestão, que em valores de 2010 importavam em R$ 5,10 por habitante/ano para a União e R$ 1,86 para o nível estadual e igual valor para o municipal, sendo permitido o uso de até 15% do montante total para a adequação de espaço físico, aquisição de mobiliário e educação continuada da equipe, mediante aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) correspondente. A contrapartida financeira da União ocorre parte em valor financeiro e parte em produtos, como é o caso da insulina e de insumos do Programa de Saúde da Mulher. Outras inovações a partir da portaria MS/GM n. 4.217/2010 (Brasil, 2010) são o financiamento de insumos para o automonitoramento da glicemia; a inclusão de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; e de medicamentos que compõem as linhas de cuidado do componente especializado.

O componente estratégico abarca os medicamentos, produtos e insumos para os programas estratégicos, cujos financiamento e aquisição são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

- Controle de endemias: tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- Programa de DST/Aids (antirretrovirais);
- Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;
- Imunobiológicos;
- Programa de Combate ao Tabagismo;
- Alimentação e nutrição.

O componente especializado, outrora chamado de ‘medicamentos de alto custo’ ou medicamentos de dispensação em caráter excepcional, destina-se ao financiamento de produtos que compõem linhas de cuidado visando à integralidade da atenção. Compõe-se de três grupos (Quadro 6) constituídos mediante critérios de: 1) complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; 2) garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; 3) manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão (Brasil, 2009).

Os pacientes devem ser cadastrados, assim como os médicos prescritores, podendo a prescrição ter origem no setor público ou no setor privado. Apresentada a documentação, o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão, conforme definidos nos protocolos das linhas de cuidado, deve ser verificado no momento da dispensação.

Quadro 6 – Grupos dos componentes especializados da assistência farmacêutica

Grupo	Critérios	Responsabilidade e financiamento
I	• Maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente • Refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento • Medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o componente • Medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde	• Responsabilidade da União • Financiamento pelo MS por meio de aquisição centralizada (Grupo 1A) ou na forma de transferência de recursos financeiros (Grupo 1B)
II	• Menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1 • Refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento	• Responsabilidade dos estados e do DF • Financiamento integralmente pelas SES e pelo DF
III	• Fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente e indicados pelos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste componente.	• Responsabilidade dos municípios e do DF • Financiamento ocorre conforme a portaria GM/MS n. 2.982/2009

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, 2009.

Tais protocolos são também uma importante iniciativa no SUS. São elaborados tendo como base o paradigma da terapêutica fundada em evidências e o consenso obtido por consulta pública, processo no qual, antes de ser assumido como oficial, cada protocolo específico circula um tempo na Internet para receber contribuições e críticas dos profissionais.

Assim, os esforços de reorientação da assistência farmacêutica no SUS têm envolvido tanto a implementação de iniciativas de gestão quanto readequações dos mecanismos e do valor do financiamento. Lembrando sempre que se tem reforçado a descentralização – se considerados apenas os gastos federais, os medicamentos passaram a comprometer de 5,8%, em 2002, a 12,5%, em 2010, do orçamento total do Ministério da Saúde (Gráfico 3). A Tabela 1 permite visualizar a evolução da despesa do Ministério da Saúde com medicamentos segundo grandes grupos. É visível que houve crescimento no financiamento de todos os grupos e que o componente especializado e os medicamentos usados no HIV/Aids representam a maior carga financeira.

Embora a adoção desses diferentes mecanismos tenha contribuído para ampliar o acesso a medicamentos no país e melhorar a gestão da assistência farmacêutica, ainda ocorre descontinuidade no abastecimento público, o que pode ser atribuído, em parte, ao fato de não englobar todo o elenco definido na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Como consequência, a população tem utilizado, de forma crescente, o recurso de processar judicialmente o setor público para obter os medicamentos de que necessita, ao que o Judiciário arbitra conforme seu entendimento em cada caso específico. Assim, a via judicial tem não somente garantido o acesso a produtos essenciais em situações de falha do funcionamento do setor público, mas também a produtos novos, sem eficácia comprovada – algumas vezes, inclusive, a produtos sem registro no país, provocando gastos elevados, desperdício de recursos e uso não racional dos medicamentos (Messeder, Osório-de-Castro & Luiza, 2005).

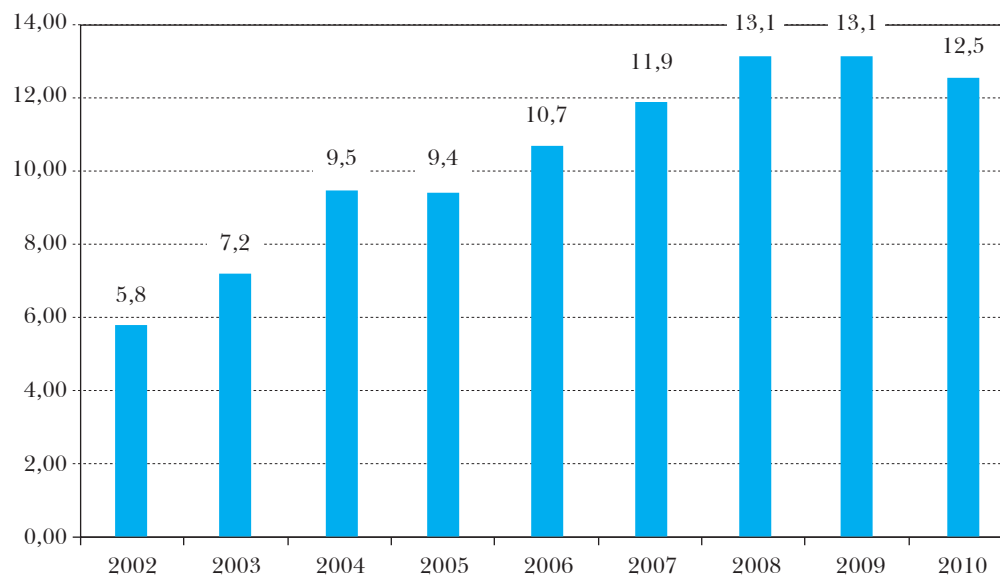
Gráfico 3 – Percentual de gastos com medicamentos em relação ao orçamento total do Ministério da Saúde. Brasil – 2002-2010

Fonte: Ministério da Saúde/SCTIE, 2011.

Tabela 1 – Gastos com medicamentos no SUS (em mil reais). Brasil – 2003-2009

Ações	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Med. estratégico	231.584	790.309	681.000	690.000	721.050	125.576	133.982
Med. Aids	516.000	516.000	550.000	960.000	984.000	1.013.000	1.084.000
Imunobiológicos	250.000	480.590	550.000	750.000	783.750	882.500	788.890
Coagulopatias	222.000	207.840	223.000	244.000	280.000	300.000	256.745
Med. básico	176.800	248.543	228.020	290.000	316.910	893.000	955.000
Med. do componente especializado	516.000	813.833	1.147.422	1.355.000	1.956.333	2.307.984	2.320.000
Oncológicos*	300.000	320.000	340.000	370.000	400.000	450.000	500.000
Participação de estados e municípios	600.600	630.383	663.742	684.500	744.633	779.798	781.000
Total	2.812.984	4.007.498	4.383.184	5.343.500	6.186.676	6.751.859	6.819.617

* Estimado com base nos gastos em procedimentos (entre 45% e 50% dos gastos totais dos cuidados oncológicos).

Fonte: Ministério da Saúde/SCTIE, 2011.

A lei federal n. 12.401/2011 (Brasil, 2011) muito provavelmente alterará todo esse processo. A partir dela, fica estabelecido o compromisso de dispensação pública especificamente para medicamentos e produtos cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado. Ademais, o compromisso de fornecimento público é garantido aos atendimento realizados pelos serviços próprios, conveniados ou contratados pelo SUS. Da mesma maneira, se reconfigura no Brasil a questão de medicamentos essenciais segundo o conceito, pois o elenco a ser financiado se consolida mais como uma lista positiva com critérios de inclusão ampliados.

Desde 2004, o governo federal começou a experimentar um novo modelo de promoção do acesso a medicamentos: o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), baseado em copagamento, ou seja, os medicamentos são vendidos a preços baixos ao consumidor, sendo uma parte subsidiada pelo governo. O PFPB atende a qualquer cidadão em posse de uma receita formulada de acordo com a legislação, mas define como clientela-alvo a população de baixa renda atendida em unidades privadas ou conveniadas ao SUS, e que, portanto, não teria como acessar o fornecimento público gratuito de medicamentos (Brasil, 2005a).

O programa funciona em três modalidades. Na primeira, alcunhada como Rede Própria, as unidades de provisão de medicamentos são próprias do governo federal ou estabelecidas em parceria com as demais esferas de governo ou entes filantrópicos, sem custos para esses parceiros com a aquisição de medicamentos ou equipamentos. Todas essas unidades devem seguir o *layout*, padronizado, incluindo o uniforme dos funcionários. A gestão é realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que adquire os mobiliários e os equipamentos, assim como adquire e distribui os medicamentos, e o cidadão paga o custo do medicamento adquirido, que é cerca de 10% do preço em farmácia. Até 2011, foram oferecidos 108 itens de medicamentos, além de preservativos, em 558 unidades, distribuídas em 428 municípios, realizando cerca de 12 milhões de atendimentos anuais.

A segunda modalidade, alcunhada Aqui Tem Farmácia Popular, foi estabelecida a partir de 2006, quando teve início o credenciamento de farmácias privadas para venda subsidiada de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes. A terceira, chamada Saúde Não Tem Preço, foi criada em 2011. Um elenco de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* passou a ser fornecido gratuitamente pelo programa, tanto nas unidades próprias quanto nas farmácias privadas conveniadas.

Um estudo realizado por Ferreira (2006), em que o autor entrevistou usuários de unidades do Rio de Janeiro e de Brasília, demonstrou que 70% das receitas tinham origem em unidades públicas de saúde, onde os medicamentos deveriam ter sido fornecidos gratuitamente, o que denota desvio dos objetivos iniciais do programa.

Os estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro registram experiência semelhante de copagamento para medicamentos, com diferenças, por exemplo, no elenco de produtos oferecidos e no tipo de clientela atendida (Ferreira, 2006).

Lições aprendidas no Brasil

É fundamental trazer a questão do acesso aos medicamentos ao centro das agendas de saúde dos países em desenvolvimento e implementar diretrizes de curto, médio e longo prazos, em que os interesses da saúde pública efetivamente se possam impor aos interesses comerciais. Este é um desafio que nossos países devem enfrentar, sabendo das limitações, mas também confiantes na capacidade de gerar respostas adequadas às necessidades de saúde das populações.

Este capítulo buscou mostrar a complexidade de interesses e também os conflitos que envolvem a assistência farmacêutica e o acesso aos medicamentos em um país de dimensões continentais como é o Brasil. Entretanto, também fica claro que, no marco da implementação do SUS, o direito à saúde tem sido imperativo; assim, o acesso aos medicamentos deve ser considerado na construção dos sistemas e serviços de saúde.

O desafio que enfrentam países em desenvolvimento como o nosso é o de assegurar sustentabilidade aos programas implementados, superando os entraves e comprometendo todos os setores relacionados à perspectiva da saúde pública. Esse diferencial é o que tem predominado, durante os últimos anos, nas discussões que o Brasil vem travando em grandes foros internacionais nos quais se discute o acesso universal aos serviços de saúde.

Um alerta deve ser feito com respeito às potenciais implicações dos tratados de livre comércio (TLC) e outros acordos comerciais que vêm sendo debatidos em escala regional e global, considerando que todos tendem a ser mais restritivos do que as atuais legislações de propriedade intelectual – e, inevitavelmente, ao superar marcos normativos previamente existentes e regulamentar o acesso aos novos produtos sob proteção patentária em mercados monopólicos, claramente vão gerar impacto negativo no acesso de nossas populações aos novos medicamentos. Nesse sentido, o monitoramento das legislações dos países da América Latina e do Caribe pode ser um instrumento importante para a verificação das pressões e das tendências (Oliveira *et al.*, 2004; Chaves & Oliveira, 2007).

Certamente, entraves e dificuldades foram e ainda são enfrentados na construção e consolidação do SUS e na implementação da premissa constitucional da 'Saúde como direito de todos e dever do Estado'. Certamente também, o Brasil pode e deve ser colocado como exemplo de ação conjunta, que vem unificando todas as esferas envolvidas na conjugação de compromissos abrangentes na luta pela melhoria das condições de saúde de nossa população. Essa intersetorialidade caracteriza não apenas esta, mas também outras áreas relacionadas com as políticas de acesso de nossos povos a serviços e bens.

É importante ressaltar que o tema é dinâmico e tem ocupado a agenda pública no Brasil. Diversas iniciativas recentes, como a reorganização dos mecanismos de financiamento; a redefinição dos papéis de cada esfera de governo na provisão do acesso e organização da assistência farmacêutica; o fomento à orientação da formação e educação continuada com base nas necessidades e na realidade do SUS; as iniciativas quanto à regulação de preços; a atualização da Rename e a elaboração do Formulário Terapêutico Nacional; o fomento ao desenvolvimento industrial e à avaliação, pesquisa e inovação na área farmacêutica são processos em curso e que, se mantidos e consolidados, certamente terão impacto bastante positivo na saúde da população. A 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), realizada em setembro de 2003, foi outro marco recente que merece ser destacado. Oportunizou, pela primeira vez, amplo debate nacional sobre o tema, envolvendo governo, profissionais, gestores, academia, setor produtivo, comércio farmacêutico e sociedade civil (Brasil, 2003).

Se entendemos e aceitamos a saúde como bem público global e como direito inerente à cidadania, unificamos um discurso e pautamos uma prática comum. Ações conjuntas, sem dúvida, nos fortalecem e devem ser reforçadas e implementadas.

Leituras recomendadas

BERMUDEZ, J. A. Z. & OLIVEIRA, M. A. (Orgs.) *La Propiedad Intelectual en el Contexto del Acuerdo sobre los ADPIC: desafíos para la salud pública.* Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2006.

BUSS, P.; CARVALHEIRO, J. R. & ROMERO, C. P. (Orgs.) *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MARIN, N. *et al*. (Orgs.) *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais*. Rio de Janeiro: Opas, OMS, 2003.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. & OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. (Orgs.) *Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Brasília: Opas/OMS, Ministério da Saúde, 2005. (Série Medicamentos e outros Insumos Essenciais para a Saúde).

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. (Org.) *Estudos de Utilização de Medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *How to Implement and Develop a National Drug Policy*. Genebra: WHO, 2001.

Sites de interesse

Anvisa – Medicamentos: www.anvisa.gov.br/medicamentos/index.htm

Management Science for Health – Center for Pharmaceutical Management: www.msh.org/about-us/technical-centers/center_for_pharmaceutical_management.cfm

Organização Mundial da Saúde – Medicines Departments: www.who.int/medicines

Organização Pan-Americana da Saúde – Medicamentos e Tecnologia Essenciais: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=124

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 133, de 29 de maio de 2003a. Dispõe sobre o registro de medicamento similar e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set. 2003. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/index_rdc_mai.htm>. Acesso em: set. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 134, de 29 de maio de 2003b. Dispõe sobre a adequação dos medicamentos já registrados. *Diário Oficial da União*, 25 set. 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Listas de Estatísticas: registros valores acumulados*, 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home/medicamentos>. Acesso em: 28 set. 2012.

BENNETT, S.; QUICK, J. D. & VELÁSQUEZ, G. *Public-Private Roles in the Pharmaceutical Sector: implications for equitable access and rational drug use*. Genebra: WHO, 1997. (WHO/DAP/97.12).

BERMUDEZ, J. A. Z. Expanding access to essential medicines in Brazil: recent economic regulation, policy making and lessons learnt. *In*: GRANVILLE, B. (Ed.) *The Economics of Essential Medicines*. Londres: Royal Institute of International Affairs, 2002.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al*. *O Acordo Trips da OMC e a Proteção Patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2000.

BIASOTO JR., G. & NISHIJIMA, M. Uma análise estratégica da universalização. *In*: BAYMA, F. & KASZNAR, B. (Orgs.) *Saúde e Previdência Social: desafios para o terceiro milênio*. São Paulo: Pearson Education, 2003.

BONFIM, J. R. A. & MERCUCCI, V. L. (Orgs.) *A Construção da Política de Medicamentos*. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, 10 nov. 1998.

BRASIL. Lei federal n. 9.787. Altera a lei n. 6.360, de 26 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 11 fev. 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 176, de 8 de março de 1999. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. *Diário Oficial da União*, 11 mar. 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Relatório Final Preliminar).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho N acional de Saúde, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 28 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 6 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, 30 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GB n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do componente básico da Assistência Farmacêutica. Brasília: *Diário Oficial da União*, 29 dez. 2010.

BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, 29 abr. 2011.

CAMERON, A. *et al*. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *The Lancet (online)*, 1, dez. 2008. Disponível em: <www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol373no9659/PIIS0140-6736%2809%29X6057-5>. Acesso em: 28 set. 2012.

CHAVES, G. C. & OLIVEIRA, M. A. A proposal for measuring the degree of public health-sensitivity of patent legislation in the context of the WTO Trips Agreement. *Bulletin of the World Health Organization*, 85: 49-56, 2007.

CREESE, A. & QUICK, J. *Working Paper on Differential Pricing Arrangements and Feasibility*. Genebra: World Health Organization, 2001.

FERREIRA, R. L. *Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos*, 2006. Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

FONSECA, M. G. P. & BASTOS, F. I. Vinte e cinco anos da epidemia de Aids no Brasil: principais achados epidemiológicos, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (Sup 3): S333-S344, 2007.

HALAL, I. S. *et al*. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28(2): 131-136, 1994.

HASENCLEVER, L. *et al*. *Diagnóstico da Indústria Farmacêutica Brasileira*. Rio de Janeiro: Unesco, FUJB, IE-UFRJ, 2002. (Relatório de Pesquisa)

HEALTH ACTION INTERNATIONAL/WORLD HEALTH ORGANIZATION (HAI/WHO). *Medicines Prices: a new approach to measurement*. Genebra: HAI/WHO, 2003.

HENRY, D. & LEXCHIN, J. The pharmaceutical industry as a medicines provider. *The Lancet*, 360: 1.590-1.595, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). *Managing Drug Supply: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals*. Connecticut: Kumarian Press, 1997.

MCISAAC, W. *et al*. Reflexions on a month in the life of the Ontario drug benefit plan. *Canadian Medical Association Journal*, 150: 473-477, 1994.

MÉDICINS SANS FRONTIÈRES (MSF)/DOCTORS WITHOUT BORDERS. *Fatal Imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases*, 2001. Disponível em: <www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2001/fatal_imbalance_2001.pdf>. Acesso em: 28 set. 2012.

MESSEDER, A. M.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. & LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2): 525-534, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS (SCTIE). Estruturação Institucional no âmbito do Complexo Industrial da Saúde (CIS). Apresentação realizada no Seminário sobre Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, Fundação Getulio Vargas, SP, 29 abr. 2011. Disponível em: <www.google.com.br/search?q=Percentual+de+gastos+com+medicamentos>. Acesso em: 28 set. 2012.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. & OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, M. A.; CHAVES, G. C. & EPSZTEJN, R. Legislación brasileña de propiedad intelectual: la propiedad intelectual en el contexto del acuerdo sobre los ADPIC – desafíos para la salud pública. *In*: BERMUDEZ, J. A. Z. & OLIVEIRA, M. A. (Orgs.) *La Propiedad Intelectual en el Contexto del Acuerdo de la OMC sobre los ADPIC: desafíos para la salud pública*. Rio de Janeiro: Ensp, OMS, 2006.

OLIVEIRA, M. A. *et al*. Has the implementation of the Trips Agreement in Latin America and the Caribbean produced intellectual property legislation that favours public health policy? *Bulletin of the World Health Organization*, 82: 815-821, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Cómo Desarrollar y Aplicar una Política Farmacéutica Nacional*. 2. ed. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <www.who.int/medicinedocs/en/d/Js5410s>. Acesso em: 28 set. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Coleção de estudos temáticos sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio, 2001. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14526>. Acesso em: 28 set. 2012.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). *Good Practice Guide: improving access to treatment by utilizing public health flexibilities in the WTO Trips Agreement*. Nova York: UNDP, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17762en/>. Acesso em: 28 set. 2012.

WANING B.; DIEDRICHSEN, E. & MOON, S. A lifeline to treatment: the role or Indian generic manufacturers in supplying antiretroviral medicines to developing countries. *Journal of the International Aids Society*, 13: 35, 2010.

WILKEN, P. R. C. & BERMUDEZ, J. A. Z. *A Farmácia no Hospital: como avaliar?* Rio de Janeiro: Ágora da Ilha, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Rational Use of Drugs*. Report of the Conference of Experts. Nairobi, 25-29 nov. 1985. Genebra: WHO, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO Medicines Strategy*. Genebra: WHO, 2001. (World Health Assembly Resolution WHA 54.11)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Medicines Situation*. Genebra: WHO, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6160e/2.html>. Acesso em: 28 set. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Medicines Situation: medicines expenditures*. Genebra: WHO, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/>. Acesso em: 28 set. 2012.

22. Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços

Maria Glória Teixeira
Maria da Conceição Nascimento Costa

As intervenções públicas voltadas para a melhoria da situação sanitária do nosso país, adotadas no final do século XIX e início do século XX, embora influenciadas pelos interesses econômicos, afortunadamente foram fundamentadas em bases científicas que estavam emergindo, em particular, aquelas que diziam respeito à origem e ao modo de transmissão das doenças infecciosas e parasitárias. Porém, como eram essas as enfermidades que dominavam o quadro nosológico e vitimavam populações de todas as classes sociais, as estratégias governamentais para redução desses problemas de saúde tornaram-se prioritárias e, na medida em que foram aplicadas em massa, beneficiaram a população geral.

Foi nesse contexto que nasceram as grandes campanhas sanitárias, as quais foram inspiradoras das bases da vigilância epidemiológica, objeto deste capítulo que, na sua primeira seção, sintetiza a evolução dos conceitos e das práticas desse campo da saúde pública, respeitando a cronologia dos acontecimentos. A seguir, são apresentadas as políticas que influenciaram suas diversas formas de organização, a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), o processo de implantação e ampliação dessa área na perspectiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua atual estrutura. Os procedimentos técnicos de vigilância e controle de doenças são enumerados na terceira seção e, ao final, destaca-se a necessidade de avanços na perspectiva de incorporação e articulação das políticas, técnicas e práticas dos outros campos da saúde com vistas ao alcance do princípio constitucional de integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

Desenvolvimento histórico e conceitual da vigilância epidemiológica

O registro de dados de morbimortalidade que, sistematicamente, era realizado na Inglaterra no século XVII, é considerado um dos primeiros exemplos do emprego de vigilância na área da saúde. Contudo, a prática de vigilância como entendida na atualidade foi atribuída por Langmuir (1976) a William Farr, em função de esse realizar, durante o período da industrialização, atividades de coleta, processamento, análise de dados e sua divulgação sistemática para as autoridades de saúde.

O termo 'vigilância' referia-se "à observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos" (Fossaert, Lopis & Tigre, 1974: 512), estando, portanto, restrito à vigilância de pessoas mediante quarentena e isolamento. Com o avanço da era bacteriológica, no final do século XIX e início do século XX, as doenças para as quais a ciência havia aportado conhecimentos no campo da prevenção passaram a ser eleitas como objeto de intervenção, sobretudo aquelas que comprometiam a atividade econômica.

A partir da década de 1950, Langmuir (1963: 182) passou a considerar a vigilância de doenças como "a observação contínua da distribuição e tendências da sua incidência mediante coleta sistemática, consolidação e avaliação dos registros de morbidade e mortalidade e de outros dados relevantes". Esse conceito não estava restrito às doenças transmissíveis, porém, não contemplava as atividades de controle.

A expressão 'vigilância epidemiológica' foi cunhada no início dos anos 60 por Karel Raska (1966: 316), que a definiu como "estudo epidemiológico de uma enfermidade, entendida como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que esta disseminação ocorre". Com essa definição, a vigilância volta a ter a sua atuação limitada às doenças transmissíveis.

A partir da realização de um seminário no Rio de Janeiro, em 1973, visando a discutir a institucionalização das atividades de vigilância epidemiológica nos países latino-americanos e do Caribe, essa passou a ser definida, para fins operacionais, como

> conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer em todo momento a conduta ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações nos fatores condicionantes com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e ao controle da doença. (Fossaert, Lopis & Tigre, 1974: 514)

Ou seja, a vigilância epidemiológica era vista como um sistema integrado informação-decisão-ação, além de não se restringir às doenças transmissíveis. Entretanto, o Brasil (lei n. 6.259, 1975) e quase a totalidade dos países da América Latina decidiram pela priorização da vigilância dessas doenças e das zoonoses. Waldman (1991) imputa tal decisão à necessidade de maximização da eficácia e eficiência dos programas de controle de doenças, já que a situação, naquele momento, era de insuficientes recursos humanos e materiais e com poucas possibilidades de alterar significativa e rapidamente essa realidade. Contudo, é possível que tal deliberação tenha sido também influenciada pelos países centrais, na medida em que contribuiria para formar um cordão sanitário que impediria que as doenças transmissíveis se disseminassem para aqueles territórios.

Com o movimento da Reforma Sanitária (8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986), os limites das práticas de vigilância epidemiológica passaram a ser objeto de discussão, principalmente por não considerarem o perfil epidemiológico da população.

A partir da incorporação de parte das propostas do movimento sanitário pela Constituição de 1988 e sua ratificação pela Lei Orgânica de Saúde (lei n. 8.080/1990), que vigora até os dias atuais, a vigilância epidemiológica teve seus propósitos ampliados, passando a ser definida, conforme dispõe a lei, como "um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e

condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos".

Vale salientar que, apesar de consagrada, a adjetivação da 'vigilância' como 'epidemiológica' tem sido questionada em razão da necessidade de se contrapor à inteligência epidemiológica, significado mais ortodoxo de vigilância, conferido por Langmuir (1963), em que monitoramento da situação epidemiológica e intervenções constituem-se componentes e áreas de atuação distintas, e também por remeter ao sentido mais amplo da epidemiologia como disciplina e seus métodos científicos de investigação.

Inteligência epidemiológica x vigilância epidemiológica

O governo dos Estados Unidos criou em 1950, no início da Guerra Fria, o Epidemic Intelligence Service (EIS), junto ao Communicable Disease Centers (CDC), como resposta do setor saúde daquele país à eventualidade de uma possível guerra biológica. Na língua inglesa, *intelligence*, em um dos seus significados, é semelhante ao termo 'inteligência', em nossa língua, como mencionado no Dicionário Eletrônico Hoauiss: "faculdade de conhecer, compreender e aprender; conjunto de funções psíquicas e psicofisiológicas que contribuem para o conhecimento, para a compreensão da natureza das coisas e do significado dos fatos." No entanto, de acordo com o Dicionário Eletrônico Oxford Advanced Learner's, o verbete *intelligence* também é "*secret information that is collected about a foreign country, especially one that is an enemy; the people that collect this information*". *Intelligence* foi escolhido para denominar o programa tanto no sentido militar do termo como no da contribuição que a ciência epidemiológica poderia aportar para o enfrentamento desse tipo de situação.

Em abril de 1955, também nos Estados Unidos, utiliza-se pela primeira vez a palavra *surveillance* (vigilância) para identificar o Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, criado junto ao CDC, para coletar, consolidar e disseminar informação epidemiológica sobre essa doença. A partir de então, a utilização do conceito *surveillance* firma-se em substituição ao *intelligence*, talvez por ser este demasiadamente vinculado ao ambiente militar e de espionagem. Uma característica fundamental e necessária à vigilância, como concebida àquela época e mantida até os dias atuais, refere-se à observação contínua e à coleta sistemática de dados sobre doenças. Foi o médico tcheco Karel Raska quem colocou o aposto 'epidemiológica' ao termo vigilância, ao implantar sistemas de vigilância de doenças no Instituto de Epidemiologia e Microbiologia de Praga, na década de 1960 (Silva-Júnior, 2004).

De acordo com Rouquayrol e Goldbaum (2003: 17),

> epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição dos fatores determinantes das doenças, agravos e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

No capítulo 15, a vigilância epidemiológica é discutida também como parte do modelo de atenção à saúde denominado sanitarista.

Assim, entendemos que a denominação 'vigilância epidemiológica' atende parte substantiva dos objetivos do campo de atuação da vigilância epidemiológica e, por já estar incorporada à cultura do setor saúde do Brasil, seu uso deveria ser mantido em nosso país.

Políticas e formas de organização de vigilância epidemiológica no Brasil

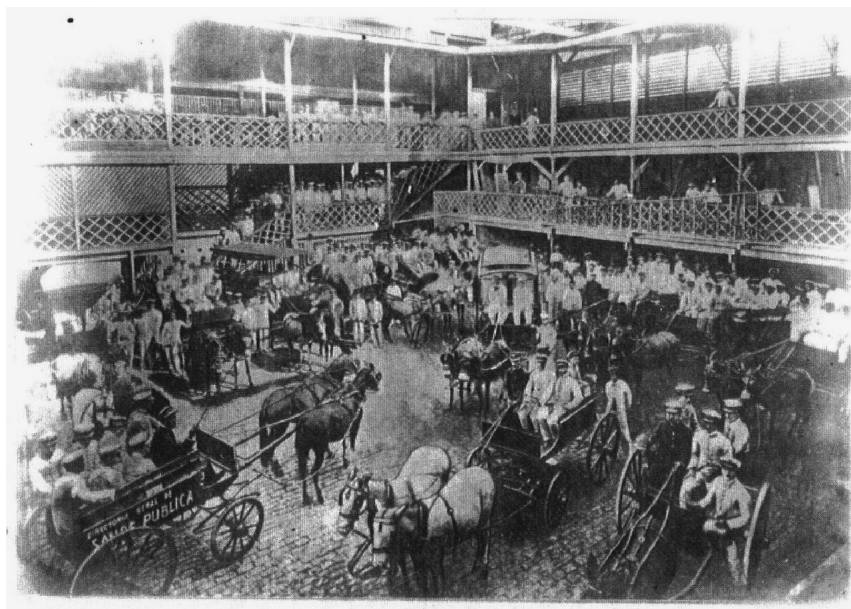
As políticas de saúde pública no Brasil nos séculos XIX e XX, assim como em outros países, foram fortemente influenciadas pelos interesses econômicos que necessitavam manter as cidades portuárias e a força de trabalho livres de doenças transmissíveis epidêmicas.

No caso das intervenções públicas de prevenção e controle de doenças transmissíveis, os conhecimentos oriundos das investigações da era de Pasteur orientaram a organização das grandes campanhas sanitárias. Os sucessos e os novos conhecimentos obtidos no curso dessas intervenções influenciaram a concepção de modelos mais sistêmicos de vigilância epidemiológica e controle de doenças da segunda metade do século XX, inclusive na organização dessa área em nosso país ao longo do tempo.

Campanhas sanitárias (1900-1969)

Até o final dos anos 60, as ações de vigilância e controle de doenças no Brasil eram responsabilidade de distintas estruturas do Ministério da Saúde e desenvolviam-se sob a forma de campanhas sanitárias (Figura 1). Estas atuavam de forma vertical e realizavam suas atividades obedecendo às seguintes fases: preparatória, ataque, consolidação e manutenção.

Na década de 1930, foi acrescida a fase de vigilância, com a finalidade de identificar focos residuais das doenças e dos fatores que condicionavam sua persistência. As práticas adotadas nessa fase forneceram elementos que fundamentaram a organização dos modernos sistemas nacionais de vigilância (Langmuir, 1963).

Figura 1 – Guardas do Serviço de Febre Amarela. Charretes da Diretoria de Saúde Pública. Rio de Janeiro – 1904

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia. Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE), Módulos Básicos. Histórico do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil – Pranchas Temáticas, São Paulo, 1998. Foto de autor desconhecido: Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

A condução das campanhas era feita em nível nacional por vários órgãos subordinados ao governo federal, tais como o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Dneru) – que, posteriormente, passou a ser denominado Superintendência de Campanhas (Sucam) e tinha sob sua responsabilidade o controle de malária, varíola, peste, febre amarela, tracoma, entre

outras doenças –; organismos especiais com legislação e administração próprias, como as Campanhas Nacionais de Tuberculose e de Lepra, e a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSesp), que prestava assistência médica e desenvolvia ações de prevenção e controle de doenças. Nas secretarias estaduais de Saúde, a vigilância epidemiológica só era desenvolvida, praticamente, como uma fase das campanhas sanitárias e não havia envolvimento do poder municipal.

Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975-1989)

As mudanças na situação epidemiológica da população, as demandas sociais por maior abrangência de atuação governamental no setor saúde e os avanços científicos no campo do planejamento, da organização de sistemas e dos serviços de saúde favoreceram a implantação de algumas reformas que resultaram no fortalecimento desse setor. Assim, por decisão da 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, foi promulgada a lei n. 6.259/75, instituindo o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (regulamentada pelo decreto n. 78.231 de 1976), que excluiu, embora não explicitamente, as ações de controle do escopo da vigilância epidemiológica ao estabelecer, como suas atribuições, a coleta de informações, a realização de investigações e os levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde. A seguir, foi publicada a Lista nacional de doenças de notificação compulsória (portaria n. 314/BSB, 1976), que vem sendo constantemente atualizada.

Para conhecer mais sobre as políticas de saúde no Brasil nesse período, consulte o capítulo 10.

Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975

Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – Consoante as atribuições que lhes foram conferidas dentro do Sistema Nacional de Saúde, na forma do artigo 1º da lei n. 6.229, Inciso I e seus itens ‘a’ e ‘d’, de 17 de julho de 1975, o Ministério da Saúde coordenará as ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução, inclusive quanto à vigilância epidemiológica, à aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública.

Doenças de notificação compulsória

Lista de Notificação Compulsória (LNC)	Lista de Notificação Compulsória Imediata (LNCI)
1) Acidentes por animais peçonhentos; 2) Atendimento antirrábico; 3) Botulismo; 4) Carbúnculo ou antraz; 5) Cólera; 6) Coqueluche; 7) Dengue; 8) Difteria; 9) Doença de Creutzfeldt-Jakob;	I – Caso suspeito ou confirmado de: 1) Botulismo; 2) Carbúnculo ou antraz; 3) Cólera; 4) Dengue nas seguintes situações: dengue com complicações (DCC); síndrome do choque da dengue (SCD); febre hemorrágica da dengue (FHD); óbito por dengue; dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo; 5) Doença de Chagas aguda; 6) Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não consta no Anexo I desta Portaria, como: rocio, mayaro, oropouche, Saint Louis, Ilhéus, mormo, encefalites equinas do leste, oeste e venezuelana, chikungunya, encefalite japonesa, entre outras;

Lista de Notificação Compulsória (LNC) (cont.)	Lista de Notificação Compulsória Imediata (LNCI) (cont.)
10) Doença meningocócica e outras meningites; 11) Doença de Chagas aguda; 12) Esquistossomose; 13) Eventos adversos pós-vacinação; 14) Febre amarela; 15) Febre do Nilo Ocidental; 16) Febre maculosa; 17) Febre tifoide; 18) Hanseníase; 19) Hantavirose; 20) Hepatites virais; 21) Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical; 22) Influenza humana por novo subtipo; 23) Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); 24) Leishmaniose tegumentar americana; 25) Leishmaniose visceral; 26) Leptospirose; 27) Malária; 28) Paralisia flácida aguda; 29) Peste; 30) Poliomielite; 31) Raiva humana; 32) Rubéola; 33) Sarampo; 34) Sífilis adquirida; 35) Sífilis congênita; 36) Sífilis em gestante; 37) Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids); 38) Síndrome da rubéola congênita; 39) Síndrome do corrimento uretral masculino; 40) Síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus (SARS-CoV); 41) Tétano; 42) Tuberculose; 43) Tularemia; 44) Varíola; 45) Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.	7) Febre amarela; 8) Febre do Nilo Ocidental; 9) Hantavirose; 10) Influenza humana por novo subtipo; 11) Peste; 12) Poliomielite; 13) Raiva humana; 14) Sarampo; 15) Rubéola; 16) Síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus (SARS-CoV); 17) Varíola; 18) Tularemia; 19) Síndrome de rubéola congênita (SRC). II – Surto ou agregação de casos ou óbitos por: 1) Difteria; 2) Doença meningocócica; 3) Doença transmitida por alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves; 4) Influenza humana; 5) Meningites virais; 6) Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se: • Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independentemente de constar no Anexo I desta Portaria, • Doença de origem desconhecida, • Exposição a contaminantes químicos, • Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), • Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), • Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da Organização das Nações Unidas (ONU), • Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados, • Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência do evento. III – Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destacando-se entre outras classes de animais: 1) Primatas não humanos; 2) Equinos; 3) Aves; 4) Morcegos Raiva – Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como voos diurnos, atividade alimentar diurna, descoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares e paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes. 5) Canídeos Raiva – Canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram • Doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte em um período de até dez dias ou confirmado laboratorialmente para raiva; • Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie *Leishmania chagasi*. 6) Roedores silvestres Peste – Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

Fonte: Portaria n. 104 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

Para atender às demandas do Sistema Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde foi reestruturado, mas, de modo geral, manteve a organização fragmentada do setor, embora passasse a existir certa articulação entre as diversas instâncias. Assim, o SNVE foi organizado

em cinco níveis hierárquicos: nacional, central estadual, regional, central local e periférico – os dois últimos, contudo, quase não desenvolviam as funções para ele definidas. Portanto, apesar de essa nova forma de organização ter colaborado para ampliar a cobertura das ações de vigilância, persistia a centralização, já que o processo de decisão e o financiamento permaneciam no Ministério da Saúde, com apenas algumas responsabilidades e repasses de recursos financeiros para as secretarias estaduais.

A vigilância epidemiológica no processo de implantação do SUS

Algumas iniciativas governamentais voltadas para a descentralização das ações de saúde, na segunda metade da década de 1980, tiveram reflexo na reorganização da vigilância epidemiológica no Brasil. Comissões interinstitucionais de epidemiologia e controle de doenças foram formadas (reunindo Sucam, secretarias estaduais de Saúde, FSesp e universidades) para desenvolver atividades conjuntas e troca de informações entre os níveis estadual e municipal, sem intermediação do Ministério da Saúde. Com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, em 1990 (lei n. 8.080), que criou o SUS, o Ministério da Saúde reuniu em uma única estrutura a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e os órgãos federais que desenvolviam ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças. No ano seguinte, a criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) representou o marco do processo de implantação de um SNVE descentralizado, por adotar o município como instância privilegiada para o desenvolvimento das ações, e o conhecimento epidemiológico passou a ser considerado ferramenta estratégica para a definição de políticas e planejamento de ações.

O Cenepi realizou, em 1992, o Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, tomando como base de discussão um documento elaborado por Paim e Teixeira (1992), sendo um dos resultados a elaboração de um cronograma para repasse das ações de controle das endemias para estados e municípios. Ademais, esse órgão passou a firmar convênios para ações de vigilância e controle de doenças diretamente com as secretarias municipais de Saúde. Também criou uma Unidade de Análise de Situação de Saúde, que deveria identificar os principais problemas de saúde a serem enfrentados pela população e esboçou as diretrizes para a ampliação do escopo da vigilância epidemiológica, incorporando as Doenças e os Agravos Não Transmissíveis (Dant) (Funasa, 1993). Esse esforço, embora incipiente, contribuiu para a definição de um Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (Sidant), dez anos depois (Funasa, 2002), quando finalmente foi estabelecida a alocação de recursos próprios do orçamento do Ministério da Saúde para tal fim, bem como a ampliação das parcerias com as instituições acadêmicas e agências de fomento à pesquisa e transferência de recursos para estados e municípios.

Com o estabelecimento do teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças a partir do ano 2000 (portaria n. 1.399/GM de 15/12/1999) e a definição das atribuições e responsabilidades mínimas dos municípios, ficou definitivamente institucionalizado o papel das três esferas de governo no SNVE. Além disso, a maioria dos municípios passou a estruturar as suas secretarias de Saúde e seus Sistemas Locais de Saúde (Silos) para desenvolver diretamente atividades de vigilância epidemiológica e controle de doenças. As atribuições e competências das três esferas de governo no SNVE foram atualizadas em 2009 e encontram-se sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS): principais atribuições e competências por esfera de poder

União	Estados	Municípios
Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS)	Secretarias Estaduais de Saúde (SES)*	Secretarias Municipais de Saúde (SMS)
• Coordenação nacional das ações de vigilância em saúde; • Apoio aos estados, ao Distrito Federal e a municípios no fortalecimento da gestão e execução das ações de vigilância em saúde; • Definição de critérios de transferência de recursos para estados e municípios; • Normalização técnica; • Coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como cooperação com as outras esferas de governo, quando indicado; • Comunicação de emergências de saúde pública de importância internacional à OMS; • Apoio aos níveis de gestão do SUS na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União; • Coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia nacional de Vigilância em Saúde Sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com estados e municípios; • Apoio aos estados e ao Distrito Federal na vigilância epidemiológica e no monitoramento da violência doméstica, sexual e de outras violências; • Cooperação técnica para a execução das ações de vigilância em saúde coordenadas e realizadas pelos estados e pelo Distrito Federal; • Coordenação dos sistemas de informação de interesse da vigilância em saúde; • Proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à vigilância em saúde; • Participação ou execução de educação permanente em vigilância em saúde; • Promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias; • Promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico em âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde; • Gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da vigilância em saúde;	• Coordenação das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal; • Apoio aos municípios no fortalecimento da gestão da vigilância em saúde; • Execução das ações de vigilância em saúde de forma complementar à atuação dos municípios; • Participação no financiamento das ações de vigilância em saúde; • Participação no processo de planejamento das ações de vigilância em saúde; • Normalização técnica complementar à disciplina nacional; • Coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com municípios em situações que se fizerem necessárias; • Comunicação de emergências de saúde pública, de importância nacional, ao Ministério da Saúde; • Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme disciplina federal e estadual; • Apoio aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos; • Coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde Sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os municípios; • Apoio aos municípios na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e de outras violências; • Cooperação técnica para a execução das ações de vigilância em saúde realizadas pelos municípios; • Coordenação dos sistemas de informação de interesse da vigilância em saúde; • Promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais; • Provimento e gerência dos estoques estaduais de insumos estratégicos; • Coordenação da Renast e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest);	• Execução, coordenação, planejamento e programação das ações de vigilância em saúde; • Participação no financiamento das ações de vigilância em saúde; • Participação no processo de planejamento em saúde do município, com vistas à integração das vigilâncias com a atenção à saúde, em especial com a atenção primária à saúde no município; • Participação na elaboração e no desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização; • Monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde; • Normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual; • Coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância municipal; • Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal; • Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, pelo estado e pelo município; • Busca ativa de casos de doenças e agravos de notificação compulsória em seu território; • Busca ativa de óbitos e nascidos vivos em seu território; • Coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde Sentinela em âmbito hospitalar, no seu âmbito de gestão; • Vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências; • Coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância em saúde; • Proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à vigilância em saúde; • promoção e execução da educação permanente em vigilância em saúde; • Gerência do estoque municipal de insumos de interesse da vigilância em saúde;

Quadro 1 – Gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS): principais atribuições e competências por esfera de poder (cont.)

União	Estados	Municípios
Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS)	Secretarias Estaduais de Saúde (SES)*	Secretarias Municipais de Saúde (SMS)
• Coordenação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast); • Implantação, coordenação e apoio à estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, por meio do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs); • Coordenação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab) nos aspectos relativos às redes de vigilância em saúde; • Coordenação do Programa Nacional de Imunizações e de outros programas especiais de vigilância e controle de doenças; • Cooperação técnica para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela.	• Coordenação das ações de vigilância Implantação, coordenação e estruturação do Cievs estadual; • Coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública; • Articulação com laboratórios nacionais de referência para realização de exames especiais; • Coordenação do Programa Estadual de Imunizações e dos componentes estaduais dos programas especiais de vigilância e controle de doenças; • Colaboração com a União na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.	• Provimento de insumos estratégicos específicos; • Coordenação da Renast no âmbito municipal; • Coordenação e estruturação do componente municipal da Rede Cievs; • Coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância em saúde; • Coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência estaduais; • Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações.

* À Secretaria de Saúde do Distrito Federal cabe a gestão simultânea das atribuições e competências referentes a estados e municípios.

Fonte: Adaptado da Portaria n. 3.252 do Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

Estrutura atual da vigilância epidemiológica

Os instrumentos normativos referidos incorporaram grande parte do proposto no relatório final do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, de 1992, tendo sido fundamentais para que a organização do SNVE pudesse atender à lógica do SUS, como proposto por Paim e Teixeira (1992). Na prática, essas portarias adaptaram-se à Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB/MS, 1996) e à Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS 2001 (Noas/MS, 2001), instrumentos formulados para a assistência, área na qual o processo de descentralização ocorreu mais precoce e rapidamente do que na de vigilância epidemiológica.

Observe-se que a lei n. 6.259, de 1975, continua em vigor, ou seja, o atual SNVE mantém resquícios de centralização, contrário ao espírito da Lei Orgânica da Saúde. O processo de descentralização da vigilância epidemiológica e do controle de doenças enfrentou grandes resistências políticas e técnicas, oriundas da luta para manutenção de poder por parte de dirigentes das antigas estruturas do Ministério da Saúde e dos movimentos corporativos, particularmente no que diz respeito à descentralização do controle de endemias (Silva, 1997).

Para conhecer mais sobre o processo de descentralização e o conteúdo das normas operacionais do SUS, consulte o capítulo 12.

Para refletir

Que outras razões contribuíram para o atraso no processo de descentralização das ações de vigilância e controle de doenças?

Atualmente, compõe o SNVE um conjunto articulado de instituições em três níveis – municipal, estadual e nacional –, tendo o município como instância privilegiada. Os recursos federais para financiamento das ações de vigilância em saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde, constituídos por dois componentes: Vigilância e Promoção da Saúde (vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças) e Vigilância Sanitária. O primeiro é composto pelo Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) – ajustado anualmente, considerando a população estimada pelo IBGE – e Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), valor *per capita*, com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa.

Financiamento das ações de vigilância em saúde

Portaria GM n. 3.252, de 22 dez. 2009, do Ministério da Saúde.

Capitulo VI – Do financiamento das ações

Seção I – Da Composição e Transferência de Recursos

Art. 34. Os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de vigilância em saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

I – Componente de Vigilância e Promoção da Saúde; e

II – Componente da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde.

Art. 35. O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, constituído em:

I – Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS); e

II – Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS).

Parágrafo único. Os valores do PFVPS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Art. 36. O PFVPS compõe-se de um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa.

A composição e as atribuições das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites são apresentadas no capítulo 12.

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no Ministério da Saúde, em 2003, em substituição ao Cenepi/Funasa, representou mais um passo para o fortalecimento e a consolidação desse campo no SUS. Isso porque colocou em uma única estrutura as responsabilidades de coordenação nacional das ações de controle, prevenção e proteção à saúde da população no nível central desse sistema.

Práticas da vigilância epidemiológica e controle de doenças

A definição de normas e procedimentos técnicos que fundamentem a execução de ações (de acordo com a capacidade de cada local e esfera de governo) é um dos propósitos mais importantes da vigilância epidemiológica. Essas normas, elaboradas por profissionais de notório saber em cada área do conhecimento, são atualizadas periodicamente de acordo com o desenvolvimento técnico-científico e as modificações que, porventura, ocorram nos padrões epidemiológicos das enfermidades. Para tal, é imprescindível dispor de informações atualizadas sobre a ocorrência das doenças e dos agravos em uma área geográfica ou

população definidas, identificar os possíveis fatores que os condicionam, além de formas de detecção precoce de mudanças nos padrões epidemiológicos e estratégias de prevenção e controle de acordo com o conhecimento e as tecnologias atuais.

Ademais, atividades inter-relacionadas e complementares são desenvolvidas de modo contínuo pela vigilância epidemiológica, sendo centrais, entre outras: coleta, processamento, análise e interpretação dos dados; recomendação e execução das medidas de controle apropriadas; avaliação da efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes. Cada um dos níveis do sistema de saúde desenvolve um espectro dessas atividades, com graus de especificidade variáveis. Contudo, quando as necessidades ultrapassam a capacidade técnica e administrativa de uma esfera, os outros níveis atuam de modo complementar.

Atividades da vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis

Os sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis devem possibilitar a intervenção oportuna nos eventos para os quais se dispõe de instrumentos de prevenção, bem como a observação de tendências, variações e desvios nos padrões epidemiológicos (Teixeira, Risi Júnior & Costa, 2003).

Depreende-se daí que a informação representa um instrumento essencial para o seu funcionamento e a tomada de decisões, razão pela qual os sistemas de informações de morbidade e mortalidade que alimentam a vigilância epidemiológica devem ser abrangentes, incluindo o maior número possível de unidades geradoras de dados, estando condicionados ao conhecimento das notificações universais das doenças sob vigilância.

Notificação

Notificação de doenças ou de agravos à saúde é definida como a comunicação da sua ocorrência à autoridade sanitária feita por profissionais da saúde ou por qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes (Teixeira *et al.*, 1998). A notificação compulsória de doenças é a principal fonte de dados dos sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis.

Seleção de doenças de notificação compulsória

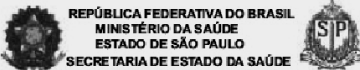
Esta seleção depende da situação epidemiológica de cada doença e do avanço dos conhecimentos técnico-científicos, particularmente no que diz respeito aos instrumentos de prevenção e controle. Os critérios mais utilizados na definição da lista de doenças de notificação compulsória de cada país, estado ou município têm sido:

1) Magnitude – medida pelos valores de incidência ou prevalência da doença, dando-se prioridade àquelas que afetam grandes contingentes populacionais (ex.: dengue);

2) Potencial de disseminação – relaciona-se ao poder de transmissão do agente pela possibilidade de colocar sob risco outros indivíduos ou coletividades (ex.: meningite meningocócica);

3) Transcendência – conjunto de características apresentadas por doenças e agravos, das quais as mais importantes são a severidade, que é medida pelas taxas de letalidade (raiva humana tem letalidade de 100%), hospitalizações e sequelas; relevância social, que, subjetivamente, significa o valor que a sociedade imputa à ocorrência da doença ou do agravo expressa por medo, indignação, estigma social etc.; e relevância econômica estimada pelas perdas de vida, restrições comerciais, absenteísmo ao trabalho, custo do diagnóstico e tratamento etc.;

4) Vulnerabilidade – disponibilidade de instrumentos específicos de prevenção e controle;

5) Compromissos internacionais – as três doenças que estão sujeitas ao atual Regulamento Sanitário Internacional (cólera, peste e febre amarela) são incluídas *a priori* na lista, além de outras que os países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) firmam acordo de alcance de metas (controle, eliminação ou erradicação). Exemplo atual é a inclusão das paralisias flácidas agudas na lista de notificação dos países das Américas. Isso se deve à necessidade de notificação imediata dessa síndrome, cujo conjunto de sintomas e sinais pode alertar para a ocorrência de casos de poliomielite, o que indica a necessidade de adoção de prontas medidas de controle (bloqueio vacinal) para impedir uma possível circulação do vírus selvagem da doença em território considerado livre da enfermidade;

6) Epidemias, surtos e agravos inusitados à saúde – situações emergenciais que também impõem a notificação imediata às autoridades sanitárias.

Controle – quando aplicado a doenças transmissíveis e algumas não transmissíveis, significa atividades, operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir sua ocorrência a níveis muito baixos, deixando, assim, de constituir problema de saúde pública. A difteria é uma doença sob controle no território brasileiro, pois sua incidência encontra-se em torno de 0,003 casos por cem mil habitantes (sete casos por ano).

Eliminação – é a cessação da transmissão de determinada infecção em ampla região geográfica ou jurisdição política. O sarampo encontra-se eliminado do Brasil.

Erradicação – corresponde à cessação de toda transmissão da infecção pela extinção artificial da espécie do agente em questão. Pressupõe ausência completa de risco de reintrodução da doença, de forma a permitir a suspensão de toda e qualquer medida de prevenção ou controle. Por exemplo, a varíola foi erradicada do mundo.

Para conhecer a distribuição de doenças de notificação compulsória, como tuberculose e dengue, consulte o capítulo 5, sobre condições de saúde da população brasileira.

No Brasil, foi desenvolvido o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), que, entre outros instrumentos, é alimentado por: 1) Ficha Individual de Notificação, na qual são registrados os dados de identificação de cada caso e a suspeita diagnóstica; 2) Ficha Individual de Investigação (Figura 2), preenchida nos casos de doenças de investigação obrigatória e/ou situações de surtos ou epidemias. Considerando que o processo de investigação epidemiológica e de adoção de medidas de prevenção (decisão-ação), objetivo final da vigilância epidemiológica, é desencadeado a partir da notificação de casos, a cobertura e a qualidade do Sinan em cada local são fundamentais para sua efetividade.

Unidades de saúde sentinela, em geral hospitais que internam doenças infecciosas, têm sido utilizadas como fonte de informações capazes de, entre outras finalidades, alertar a vigilância epidemiológica a respeito de mudanças no comportamento de doenças graves que necessitam de internamento. É preconizada a inclusão de todas as unidades de saúde (públicas, privadas e filantrópicas) no sistema de notificação, como também de todos os profissionais da saúde e da população em geral.

É importante destacar que a notificação é sigilosa e que não se deve aguardar a confirmação do caso para efetuar a sua comunicação ao serviço e/ou nível do sistema que irá adotar as medidas de controle. Os serviços de saúde devem também notificar a ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações. O bom desempenho de um sistema de vigilância epidemiológica é ainda condicionado pela capacitação dos profissionais e sensibilização das comunidades, o que possibilitará a captação de informações e o desencadeamento oportuno das medidas de controle.

Figura 2 – Ficha Individual de Investigação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
RAIVA HUMANA
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — RAIVA HUMANA — Código (CID10) A 82.9

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação

32 Ocupação

33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — Arranhão / Lambedura / Mordedura / Contato Indireto

34 Localização — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — Mucosa / Cabeça/Pescoço / Mãos / Pés / Tronco / Membros Superiores / Membros Inferiores

35 Ferimento — 1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado

36 Tipo de Ferimento — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — Profundo / Superficial / Dilacerante

37 Data da Exposição

38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — Pré-Exposição / Pós-Exposição

39 Número de Doses Aplicadas

40 Data da Última Dose

41 Espécie do Animal Agressor — 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívora 7 - Outra ____________ 9 - Ignorado

42 Animal Vacinado — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Atendimento

43 Ocorreu Hospitalização? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

44 Data da Internação

45 UF

46 Município do Hospital — Código (IBGE)

47 Nome do Hospital — Código

48 Principais Sinais/ Sintomas — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — Aerofobia / Hidrofobia / Disfagia / Parestesia / Agressividade / Paralisia / Agitação Psicomotora / Febre / Outro (s): ____________________

RAIVA_NET 15/12/2006 MR COREL — Raiva Humana — Sinan NET — SVS — 08/06/2006

Figura 2 – Ficha Individual de Investigação (cont.)

Tratamento Atual

49 Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

50 Data do Início do Tratamento

51 Número de Doses Aplicadas

52 Data da 1ª Dose da Vacina

53 Data da Última Dose da Vacina

54 Foi aplicado soro?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

55 Se Sim, Data da Aplicação

56 Quantidade de Soro Aplicado ml

57 Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s)
1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado

Conclusão

58 Diagnóstico Laboratorial
1 - Positivo
2 - Negativo
3 - Inconclusivo
4 - Não realizado
Imunofluorescência direta
Prova biológica
Histológico
Imunofluorescência indireta

59 Variante

60 Classificação Final
1 -Confirmado 2 - Descartado

61 Critério de Confirmação / Descarte
1 - Laboratório 2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico 3 - Evolução Clínica Incompatível

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)

62 O caso é autóctone do município de residência?
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

63 UF

64 País

65 Município

Código (IBGE)

66 Distrito

67 Bairro

68 Zona
1- Urbana 2- Rural 3-Periurbana 9- Ignorado

69 Doença Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

70 Data do Óbito

71 Data do Encerramento

Informações Complementares

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

RAIVA_NET 15/12/2006 MR COREL

Raiva Humana Sinan NET SVS 08/06/2006

Investigação epidemiológica de casos e epidemias

A investigação epidemiológica é uma atividade destinada a esclarecer a ocorrência de doenças transmissíveis ou de agravos inusitados à saúde, a partir de casos isolados ou relacionados entre si. Consiste em estudo de campo desencadeado quando da notificação de casos (clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos, tendo como objetivos: confirmar

o diagnóstico, determinar as características epidemiológicas da doença, identificar as causas do fenômeno e orientar as medidas de controle.

Vale salientar que a detecção precoce de surtos e epidemias depende da organização e sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica de cada local para captar indícios de modificação no padrão de ocorrência de uma determinada doença ou a introdução de outras doenças não incidentes no território.

Para refletir

Quais os benefícios que a implantação de um setor, nas secretarias estaduais e municipais, voltado para a investigação de emergências epidemiológicas, pode trazer para o processo de vigilância e controle de doenças e agravos?

Quando é indicada a investigação epidemiológica de um único caso de doença ou agravo?

Sistemas de informações complementares

As principais bases de dados para a construção de indicadores de gravidade para a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis são o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Também complementam as investigações e análises da vigilância epidemiológica dados disponíveis em outros sistemas de informação do setor saúde e extrassetoriais, tais como: resultados de exames laboratoriais; dados demográficos e socioeconômicos obtidos do IBGE e de outros organismos do setor público; dados de levantamentos em hospitais e cartórios. A imprensa (Figura 3) e a população muitas vezes tornam-se importantes fontes de informações de situações inusitadas, que demandam investigações e/ou intervenções da vigilância epidemiológica. Em situações especiais que exijam mais esclarecimentos, lança-se mão de métodos epidemiológicos de pesquisa, a exemplo de estudos caso-controle e inquéritos transversais.

Figura 3 – Notícias veiculadas pela mídia impressa

Normatização

Para conferir maior impacto epidemiológico às medidas de controle e viabilizar a execução das atividades necessárias em todos os níveis do sistema, é imprescindível a padronização de procedimentos e condutas. Assim, normas técnicas são divulgadas pelos níveis centrais mediante produção de manuais, ordens de serviço, materiais instrucionais e outros. Um dos itens mais importantes dessa função é a definição de caso para cada doença ou agravo, com a finalidade de uniformizar critérios diagnósticos e a classificação final dos

casos no sistema. Em geral, essa classificação obedece a critérios que definem os casos como suspeitos, compatíveis e confirmados. As normas técnicas devem estar compatibilizadas em todos os níveis do sistema de vigilância, para possibilitar a realização de análises consistentes, qualitativa e quantitativamente.

Definição de caso de raiva humana

Caso suspeito – Todo paciente com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico e quadro clínico sugestivo de encefalite rábica (entorpecimento, irritabilidade, inquietude, alterações de comportamento e sensação de angústia, hiperestesia e parestesia no trajeto de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura – espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua ocorrem quando o paciente vê ou tenta ingerir líquido, apresentando sialorreia intensa).

Caso confirmado – Todo caso suspeito comprovado laboratorialmente ou todo indivíduo com quadro clínico compatível de encefalite rábica, associado a antecedentes de agressão ou contato com animal suspeito (associação epidemiológica), com evolução para óbito.

Critério clínico laboratorial – Detecção de anticorpos específicos, pela técnica de soroneutralização em cultura celular, em pacientes sem antecedentes de vacinação contra a raiva; demonstração do antígeno pela técnica de imunofluorescência direta (IFD) e isolamento do vírus através da prova biológica em camundongos ou células (PB) ou por meio da reação de cadeia de polimerase (PCR).

Critério clínico epidemiológico – Paciente com quadro neurológico agudo (encefalite), que apresente formas de hiperatividade, seguido de síndrome paralítica com progressão para coma e morte, geralmente por insuficiência respiratória, sem possibilidade de diagnóstico laboratorial, mas com antecedente de exposição a uma provável fonte de infecção, em região com comprovada circulação de vírus rábico. Mesmo nos casos nos quais a suspeita foi aventada após o óbito, a possibilidade de exumação deve ser considerada, visto que atualmente se dispõe de técnicas laboratoriais que, no seu conjunto, apresentam grande sensibilidade e especificidade.

Caso descartado – Todo caso suspeito com IFD e PB negativa ou que, durante a investigação, teve seu diagnóstico confirmado laboratorialmente por outra etiologia, ou todo caso suspeito que não tenha evoluído para óbito.

Retroalimentação do sistema

A divulgação dos resultados das análises realizadas pela vigilância epidemiológica é central para o fortalecimento dos sistemas em todos os seus níveis. O compromisso de responder aos informantes (profissionais da saúde, dirigentes, população e imprensa), de forma adequada e oportuna, é fundamental para evidenciar a importância daquela contribuição no processo e, dessa forma, aumentar a credibilidade do sistema junto aos profissionais da rede de serviços de saúde e a sociedade, e isso se concretiza na disseminação periódica de informes e boletins epidemiológicos sobre a situação local, regional, estadual, macrorregional ou nacional.

Avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica

Faz-se necessário avaliar regularmente o sistema de vigilância epidemiológica visando, entre outros propósitos, a imprimir correções oportunas na sua direção, aferir resultados obtidos com as ações desenvolvidas e verificar se os recursos investidos em sua manutenção estão sendo adequadamente aplicados.

Como a principal função da vigilância epidemiológica é acompanhar e informar com precisão, a cada momento, a situação epidemiológica de determinada doença ou agravo,

as tendências esperadas, o impacto das ações de controle efetivadas e a indicação de outras medidas necessárias, utilizam-se nessas avaliações as análises dos indicadores de morbidade, mortalidade, incapacidade de doenças e agravos incluídos no sistema. Os resultados do conjunto de ações desenvolvidas medidos pelos benefícios sociais e econômicos decorrentes, em termos de vidas poupadas, casos evitados e custos assistenciais reduzidos, devem ser avaliados e contrapostos às despesas operacionais do sistema.

As avaliações dos sistemas de vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos abrangem os seguintes indicadores: sensibilidade (capacidade do sistema para detectar casos entre o total de casos ocorridos); especificidade (capacidade do sistema de excluir os 'não-casos'); representatividade (capacidade de o sistema se aproximar da totalidade de casos que ocorrem na população); oportunidade (rapidez com que o sistema detecta, notifica e investiga os casos); simplicidade (tem como princípio orientador oferecer facilidades capazes de possibilitar a operacionalização das ações e baixo custo); flexibilidade (capacidade de adaptação do sistema a novas situações epidemiológicas ou operacionais); aceitabilidade (sistema no qual indivíduos, profissionais ou organizações participam efetivamente).

Atualmente, tem-se chamado a atenção para a necessidade de se proceder sistematicamente a avaliações mais abrangentes das políticas públicas com vistas a seu constante aprimoramento. Neste sentido, algumas iniciativas vêm sendo adotadas, a fim de realizar avaliações mais abrangentes da capacidade epidemiológica de sistemas de vigilância, tais como a desenvolvida por Silva-Júnior (2004) no Brasil.

Apesar das limitações que apresenta, constata-se que a vigilância de doenças transmissíveis vem se aprimorando no país com a implementação de estratégias específicas, algumas das quais bastante efetivas para o enfrentamento de determinados problemas de saúde, e a incorporação de novas tecnologias disponíveis ao lado das atividades tradicionais. Desse modo, algumas das metas estabelecidas foram alcançadas, tais como eliminação do sarampo e da poliomielite e o controle da difteria e raiva humana. Contudo, importantes problemas – como tuberculose e hanseníase – persistem, desafiando as intervenções que vêm sendo adotadas.

Experiência exitosa de vigilância e controle de doença transmissível: sarampo

Após seis anos sem evidências de casos autóctones de sarampo no estado da Bahia, em outubro de 2006, foi notificada à Secretaria Municipal de João Dourado e à Secretaria de Saúde desse estado a ocorrência de dois casos (18 e 9 anos de idade) suspeitos de sarampo (febre elevada, tosse, irritação de mucosa ocular e exantema máculo-papular). A investigação epidemiológica evidenciou que ambos os casos não haviam sido vacinados contra sarampo. Os resultados dos exames laboratoriais de sangue, urina e secreção nasofaríngea para diagnóstico sorológico e identificação viral confirmaram a suspeita diagnóstica. A busca ativa de casos permitiu identificar mais 16 casos em João Dourado, dentre os quais três que haviam participado de uma excursão ao município de Lençóis, Bahia, local de intenso turismo, localizado na Chapada Diamantina. Não ficou claro se houve contato com estrangeiros ou pessoas que apresentassem sinais e sintomas do sarampo durante essa excursão. No dia 9/11/2006, foi notificada à Secretaria Municipal de Lençóis a suspeita dessa virose em uma criança de 1 ano de idade, não vacinada, e, a seguir, foram identificadas mais três crianças menores de 1 ano nessa mesma situação, tendo sido, igualmente, coletado material para diagnóstico específico. Além dos dois municípios mencionados, outros casos de sarampo foram confirmados em Irecê, Filadélfia, Senhor do Bonfim e Pindobaçú. Ressalte-se que, logo após a notificação de casos suspeitos, eram realizados amplos bloqueios vacinais nas populações de cada cidade. As investigações e todas as medidas de controle foram conduzidas por técnicos da vigilância

epidemiológica local, estadual e nacional. Por terem sido realizados isolamento e genotipagem do vírus (genótipo D4), foi possível identificar que o vírus introduzido, possivelmente, foi oriundo da Europa Ocidental, África e Ásia, já que esse genótipo nunca circulou no Brasil. O Ministério da Saúde emitiu alerta para a vigilância dos outros estados, e não houve disseminação do vírus para municípios das outras Unidades da Federação. Para assegurar a interrupção da cadeia de transmissão do vírus do sarampo na Bahia, além dos bloqueios localizados que já haviam sido feitos logo após a identificação dos casos em cada município, uma campanha vacinal contra o sarampo (uilizando-se a vacina **Dupla Viral/Sarampo e Rubéola) foi desenvolvida em janeiro de 2007, vol**tada para homens de 12 a 39 anos e mulheres de 12 a 49 anos, alcançando-se cobertura de 95% no estado da Bahia. Nesse mesmo ano, a cobertura da vacina em crianças (12 meses a menos de 2 anos de idade) atingiu 108%. Assim, as oportunas e adequadas ações de vigilância e controle adotadas garantiram a manutenção da meta de eliminação do sarampo no país.

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Plano de implementação das ações de vigilância epidemiológica para o sarampo, a rubéola e a rubéola congênita no estado da Bahia, 2007.

Atividades de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis

Atualmente, as atividades deste campo da vigilância estão centradas na análise de dados secundários gerados nos sistemas nacionais de informações em saúde. Todavia, para produzir evidências que possam contribuir para a adoção de medidas que produzam impactos na ocorrência dessas doenças e agravos, traduzidos pela redução de danos e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e populações acometidos, é imprescindível que sejam implantadas atividades de monitoramento em saúde, aqui entendidas como "elaboração e análise de mensurações rotineiras visando detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde da comunidade" (Last, 1995: 107).

Assim, não deverá estar condicionada ao sistema de notificação compulsória, na medida em que muitos desses problemas de saúde das populações não necessitam do conhecimento de todos os casos para o planejamento e a execução de efetivas intervenções coletivas ou individuais (Silva-Júnior *et al.*, 2003). Contudo, devem ser considerados as condições e o estilo de vida que influenciam tanto na incidência dessas doenças e agravos como na sua evolução e no seu prognóstico.

O Ministério da Saúde vem publicando as análises dos dados sobre algumas doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e fomentando a realização de estudos e pesquisas para identificar e monitorar a situação atual, as necessidades no campo da assistência médica e reabilitação, bem como o monitoramento de fatores de risco. No caso específico dos acidentes de trânsito, vem financiando e estimulando estados, municípios e instituições de pesquisa a desenvolverem estratégias para redução dessas ocorrências, em articulação com outros setores governamentais e não governamentais.

De acordo com a política atual das Dant (Funasa, 2002), são atribuições dos órgãos coordenadores do SUS: cooperar com programas e ações nas áreas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e redução de danos das Dant; coordenar, normatizar e supervisionar esse sistema nacional de vigilância; supervisionar a execução das ações afins. Porém, as ações ainda são bastante incipientes, voltadas quase exclusivamente para o diagnóstico de situação, salvo algumas experiências pontuais. A expectativa é de que, nos próximos anos, as intervenções públicas com vistas à redução desse grupo de problemas de saúde tornem-se uma prioridade na agenda das três esferas de decisão e ação do SUS.

Para refletir
Que fatores podem ter contribuído para que somente no início do século XXI o sistema de saúde brasileiro tenha passado a investir e implementar sistemas contínuos de monitoramento, análise de situação e adoção de medidas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis?

Perspectivas da vigilância epidemiológica no SUS

A descentralização da vigilância epidemiológica para os municípios vem criando um intenso movimento que está imprimindo mudanças significativas quanto à percepção dos governantes e gestores, no que diz respeito à sua responsabilidade com a saúde coletiva. Em municípios onde esse processo se mostra mais favorável, os recursos proporcionados pela descentralização do sistema de saúde têm possibilitado avanços que ultrapassam as atribuições mínimas previstas e pactuadas, resultando em benefícios adicionais ao sistema de saúde local.

A ênfase na análise dos problemas de saúde no nível local, priorizando a desagregação espacial de dados e de informações no território, possibilita uma aproximação da epidemiologia ao planejamento e à gestão. Por sua vez, a análise dos problemas de saúde segundo as condições de vida dos grupos sociais inseridos no espaço urbano, por exemplo, facilita a identificação das desigualdades em saúde e dos seus determinantes sociais. Assim, as intervenções orientadas por essa abordagem podem contemplar os danos (doenças e agravos) e os riscos como expressões de problemas, mas também as necessidades de saúde e os seus determinantes socioambientais. Ao combinar tecnologias voltadas para o controle de danos, de riscos e de causas (Paim, 2003a), esse modo tecnológico de intervenção pode concretizar a diretriz da integralidade do SUS, articulando ações de promoção da saúde, proteção à saúde e prevenção de doenças (Paim, 2003b).

A vigilância da saúde como modelo de atenção é apresentada no capítulo 15. Compare.

Nessa perspectiva, talvez não faça mais sentido no futuro do SUS separar vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador (Paim, 2006). As combinações tecnológicas voltadas para o controle de danos, de riscos e de determinantes socioambientais dependeriam da análise concreta dos problemas e das necessidades de saúde em cada situação verificada nos distritos sanitários. No momento, porém, o caminho pode ser juntar, progressivamente, as vigilâncias, enquanto se tenta construir viabilidade para um modelo mais integral, posto que "as recentes propostas de promoção da saúde guardam estreitas afinidades com essa concepção ampliada de vigilância da saúde" (Ayres, 2004: 584).

Para refletir
Que estratégias podem ser implementadas para tornar possível a concretização de uma vigilância da saúde mais integrada com a atenção básica, especialmente com as equipes de Saúde da Família, na perspectiva da promoção da saúde?

Leituras recomendadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SILVA-JÚNIOR, J. B. *et al*. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. *In*: ROUQUAYROL, Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

TEIXEIRA, M. G. *et al*. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de Governo. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII(1): 7-28, 1998.

WALDMAN, E. *Vigilância Epidemiológica como Prática de Saúde Pública*, 1991. Tese de doutorado, São Paulo: Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

Sites de interesse

Pesquisa Vigitel – Portal da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo: www.cve.saude.sp.gov.br

Center for Diseases Control and Prevention dos Estados Unidos: www.cdc.gov

Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=376

Referências

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 593-604, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.252, de 22 dez. 2009. *Diário Oficial*, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 jan. de 2011. *Diário Oficial*, 26 jan. 2011.

FOSSAERT, D. H.; LOPIS, A. & TIGRE, C. H. Sistemas de vigilância epidemiológica. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 76: 512-525, 1974.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Ministério da Saúde. Objetivos, estrutura e atribuições do Centro Nacional de Epidemiologia – Cenepi. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993, Brasília. *Anais*... Brasília: FNS, Cenepi, 1993.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Ministério da Saúde. *Instrução Normativa n. 1, de 5 de setembro de 2002*. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (Sidant). Brasília: 2002.

LANGMUIR, A. D. The surveillance of communicable diseases of national importance. *New England Journal of Medicine*, 268: 182-192, 1963.

LANGMUIR, A. D. William Farr: founder of modern concepts of surveillance. *International Journal of Epidemiology*, 5(1): 13-18, 1976.

LAST, J. M. *A Dictionary of Epidemiology*. 2. ed. Nova York: Oxford University, 1995.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003b.

PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EdUfba, 2006.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, M. G. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, I(5): 27-57, 1992.

RASKA, K. National and international surveillance of communicable diseases. *WHO Chronicle*, 20: 315-321, 1966.

ROUQUAYROL, Z. & GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. *In*: ROUQUAYROL, Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SILVA, G. A. P. *O SUS Real: os sujeitos na implementação da política de descentralização do controle de endemias*, 1997. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

SILVA-JÚNIOR, J. B. *Epidemiologia em Serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância*, 2004. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

SILVA-JÚNIOR, J. B. *et al*. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. *In*: ROUQUAYROL, Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

TEIXEIRA, M. G. *et al*. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII(1): 7-28, 1998.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JÚNIOR, J. B. & COSTA, M. C. N. Vigilância epidemiológica. *In*: ROUQUAYROL, Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

WALDMAN, E. *Vigilância Epidemiológica como Prática de Saúde Pública*, 1991. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

23. Vigilância Sanitária: campo da promoção e proteção da saúde

Ana Célia Pessoa da Silva
Vera Lúcia Edais Pepe

Com frequência cada vez maior, nos deparamos com notícias referentes aos riscos que determinado produto ou substância pode causar à saúde ou ao meio ambiente, como, por exemplo, o benzeno. Entretanto, o cotidiano de qualquer indivíduo é cercado de atitudes que envolvem um número sempre crescente de produtos e serviços. Basta nomear o procedimento e é fácil imaginar quais produtos ou serviços podem vir a ser consumidos:

Benzeno em bebidas

Duas substâncias contidas em várias marcas de refrigerantes e sucos, por interagirem, podem formar o benzeno, um composto tóxico cancerígeno detectado em amostras desses produtos em vários países. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) pede aos órgãos reguladores análises para a verificação do fato e a definição de um limite permitido para o benzeno em bebidas. Leia mais em: <www.idec.org.br>.

- Tomar banho – bastaria um sabonete (um sabão especial) e água. Entretanto, pode-se estender a lista a um número imenso de produtos: sabão líquido, espumas, xampu (sabão para o cabelo), condicionador, esfoliante para o corpo, outro para o rosto ou para os pés, óleos de enxágue, hidratantes, fixador ou modelador de cabelo, desodorantes, perfumes etc.
- Tomar café da manhã – envolve produtos *in natura* (cada vez menos) e industrializados. Não mais produtos de uso externo, como os usados no banho, mas que serão ingeridos. Podem ser *light*, *diet* ou integral: pães, biscoitos, torradas, leite, chás, café descafeinado, sucos, adoçantes, manteiga, margarina, queijos, iogurtes, frios etc.
- Ir ao dentista – implica uma nova série de produtos e procedimentos que serão usados, com um novo diferenciador: já não atuaremos na escolha. Desconhecemos sua natureza e ação. Delegamos ao dentista a seleção e a aplicação.

Essa dinâmica pode ser estendida a todo e qualquer procedimento diário na vida do cidadão, ora como sujeito ativo na aquisição daquilo que irá consumir, ora como sujeito passivo que consome algo escolhido por outra pessoa prestadora de serviços, como médicos, manicures, massagistas etc. E a tendência atual é aumentar, cada vez mais, a oferta de necessidades de consumo.

Tal premissa tem como base o modelo de desenvolvimento capitalista que se sustenta aumentando a velocidade e a intensidade de produção de novas tecnologias. Associada ao incremento de novos e velhos produtos, alia-se à propaganda, criando e estimulando a necessidade de consumo. Essa publicidade raramente elucida os efeitos indesejáveis ou possíveis danos aos consumidores, muito menos aos ecossistemas, e leva ao uso irracional de produtos, como, por exemplo, os medicamentos. Assim, é intensa a entrada de novas tecnologias e novas substâncias, anualmente, na cadeia de consumo e nos ecossistemas, que carreiam possíveis benefícios e malefícios que devem ser devidamente avaliados ao longo de sua utilização.

Algumas perguntas podem ser elencadas:

- O cidadão contemporâneo é detentor de conhecimentos suficientes e necessários à escolha de todo e qualquer produto? O que é preciso fazer para garantir aos consumidores as informações imprescindíveis no ato da escolha? Qual é a margem de confiança que devemos esperar das declarações do rótulo de produtos ou propagandas de serviços?
- Tudo que é tecnologicamente possível de ser produzido será, também, ética e ecologicamente aceitável?
- Todas essas novas substâncias são avaliadas? Basta apenas avaliar os benefícios que possam trazer? Quem avalia esses produtos e substâncias quanto à possibilidade de causarem algum dano à saúde?
- Como a sociedade se organiza para criar instituições independentes capazes de avaliar riscos tecnológicos?

Quaisquer supostos benefícios ou qualidades atestados em selos nos rótulos dos alimentos devem ser vistos com cautela. Muitos não garantem a qualidade do produto e sequer são baseados em testes ou análises laboratoriais.

Leia mais em: <www.idec.org.br>.

Pouco a pouco, descobrimos viver em um mundo cheio de riscos. A alimentação é essencial para a vida, mas prejudicial quando feita em excesso, se for inadequada ou se estiver contaminada. Ou seja, tudo o que faz bem também pode ter efeitos indesejáveis. É uma questão de limites, quantidade e tempo de exposição. São estas e tantas outras questões sobre as quais a vigilância sanitária (Visa) se debruça.

A vigilância sanitária é a área da saúde coletiva voltada à promoção e proteção da saúde e que tem, entre outras atribuições, a de avaliar os produtos e procedimentos que possam causar algum dano à saúde e ao meio ambiente, antes de sua entrada no mercado e durante sua utilização.

A proposta deste capítulo é explorar a constituição do campo da vigilância sanitária em dois planos. No primeiro, serão apresentados seus antecedentes diacrônicos como campo da saúde pública, buscando reconstruir os fatores sociais, econômicos e políticos que contribuíram para o surgimento da vigilância sanitária no mundo e as especificidades de sua construção no Brasil. Será abordada, ainda, a função reguladora do Estado, sua natureza como campo de conflito de interesses, a construção da norma sanitária, assim como os campos de saberes que instruem a complexidade e a dinâmica de suas práticas. No segundo plano, será discutida a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Sistema Nacional de

Vigilância Sanitária (SNVS): como a vigilância sanitária está organizada no Brasil, quais as instâncias responsáveis e quais suas atribuições, identificando os conceitos e as implicações de sua ação, sua estrutura, as esferas de governo e os atores envolvidos em sua consolidação.

Formação histórica da vigilância sanitária

O instinto animal de sobrevivência e a condição de *Homo sapiens*, ou seja, de um ser racional, propiciou ao homem um olhar acurado sobre a natureza, identificando as espécies e os fenômenos que afetavam sua vida. Um processo longo no qual a intuição, aliada à observação e ao ensaio, deu início à configuração de um corpo teórico-prático que, lentamente, iria converter a experiência em saber e depois em memória coletiva, como modo de repassar às gerações futuras o conhecimento acumulado e, desta forma, preservá-lo (Silva, 2000).

Na mesma direção do esforço de decodificação da natureza, deu-se a busca do entendimento do processo de adoecer, preocupação constante na história da humanidade: como evitar e, na impossibilidade, que e como fazer? No cerne desse processo – a busca do entendimento para o agir –, conceitos, princípios e formas de intervenção vão se desenvolvendo conforme a visão de mundo e o modo de produção social.

Para saber mais sobre os marcos explicativos do processo de adoecer, consulte o capítulo 4.

Durante milênios, o adoecer foi atribuído ao castigo de deuses. Paralelamente a essa teoria teúrgica, desenvolveu-se entre os médicos gregos pré-socráticos a ideia de causas ambientais. A doença era entendida como desarmonia entre o homem e o ambiente, demandando a identificação dos elementos causais externos que mereciam atenção. Identificaram-se o clima, o solo, a água, o modo de vida e, em especial, a nutrição (Rosen, 1994).

Interessa destacar o princípio hipocrático *primum non nocere* (primeiro não prejudicar) que, aplicado à terapêutica, em certa medida, incorpora uma visão dialética da intervenção médica. O conceito de *pharmakon* (fármaco) admite essa visão: termo antinômico que integra os sentidos de remédio e de veneno, denotando a necessidade de prudência na sua indicação, na sua preparação e no seu uso.

Primeiro não prejudicar
Este princípio tornou-se um conceito fundante do campo de ação da vigilância sanitária. Ainda hoje, a preocupação com a segurança – pré-requisito para todo e qualquer bem ou serviço de interesse da saúde – é o cerne desta prática e vem evoluindo conforme os conhecimentos acumulados.

O processo de decodificação dos elementos causais que afetavam a saúde e a doença perpassa toda a história da humanidade, em um longo processo não linear de avanços e retrocessos. Era comum, nas principais cidades da Europa, a existência de práticas administrativas e normas sanitárias para principais problemas de saúde cogitados ou identificados, incluindo a previsão de sanções para os transgressores, que abrangiam, por exemplo: as práticas fraudulentas do comércio de alimentos e medicamentos; as práticas de higiene; os modos de organização e limpeza urbana e ocupação do solo; as formas de organização dos serviços assistenciais; o exercício profissional dos agentes de saúde (Rosen, 1994).

Práticas administrativas e normas sanitárias

Os cuidados com a saúde coletiva sempre estiveram sob a responsabilidade da administração pública, nos diferentes momentos da história da humanidade. Entretanto, as estruturas e as formas de organização variaram no tempo, de acordo com o modo de produção da época (Rosen, 1994).

À medida que propostas de soluções dos problemas de saúde eram cogitadas ou identificadas à luz dos conhecimentos então acumulados, surgiam normas sanitárias que buscavam manter o problema detectado fora da possibilidade de acontecer ou sob controle. Nesse sentido, a norma sanitária incorpora o reconhecimento social do problema sanitário e a necessidade do seu controle pela administração pública.

Segundo Rosen (1994), na virada do século XVIII já existia consciência da natureza socioeconômica dos problemas de saúde e da necessidade de intervenção governamental. Inexistia, então, um corpo coeso de intervenções que possibilitasse a aplicação organizada, sistemática e abrangente do conhecimento acumulado, como políticas públicas de saúde no plano nacional. De um modo geral, a administração dos problemas se restringia às grandes cidades: "os governos careciam do saber e da máquina administrativa capazes de levar adiante qualquer política nacional de saúde" (Rosen, 1994: 101).

A partir do processo de estruturação do Estado moderno na Europa, com a influência burguesa, que passa a reivindicar a organização de um governo nacional centralizado, abolindo a estrutura de poder fragmentada do feudalismo, surgem teorias sobre a organização do aparelho estatal.

O termo **polícia** deriva da palavra grega *politeia* – constituição ou administração de um Estado (Rosen, 1994). Machado e colaboradores (1978: 165) o definem, nos marcos do Estado alemão da época, "como sistema de conhecimentos e práticas administrativas que organizam a sociedade através de uma perfeita alocação de recursos humanos e materiais. Da polícia passam a depender o poder e a riqueza do Estado".

Assim, na Alemanha absolutista e mercantilista (séculos XVI-XVIII) – a partir do conceito de polícia –, começa ser construído um campo de conhecimento que tem o Estado como objeto: seus recursos naturais, sua população, o funcionamento do seu aparelho político, assim como o conjunto de procedimentos para melhor assegurar seu funcionamento. A ciência da teoria e prática da administração pública (*Polizeiwissenshaft*) estabeleceria ordenações capazes de assegurar condições para o crescimento da população, da produção e da riqueza nacional. Aplicado à saúde, o conceito 'polícia médica' (*Medizinalpolizei*) legitima a intervenção do Estado nos problemas de saúde da população (Rosen, 1994; Foucault, 1992).

Segundo Foucault (1992), é nesse período que surge a medicina de Estado. A organização da polícia médica, no aparelho de Estado, consistia na formulação de um projeto de conhecimento e intervenção estruturado em: um sistema de observação da morbidade; ação sobre a cidade (limpeza, inspeção de gêneros e saneamento); regulação, supervisão e manutenção de parteiras, boticários; e uma organização piramidal, nomeando funcionários médicos com responsabilidade e autoridade de supervisionar nas regiões (Machado *et al.*, 1978; Foucault, 1992).

Data de 1779, na Alemanha, um guia – o primeiro de uma série de seis publicações – no qual o conceito de polícia médica é sistematizado. Descreve todas as medidas que os governos deveriam adotar para proteger a Saúde Pública visando a seus interesses nacionais. Essa obra servia de guia para os funcionários públicos encarregados de supervisionar todos os aspectos da atividade humana envolvendo a saúde. Influenciou ainda na criação, em 1800, de um código integral de leis destinado a manter e promover a saúde. Essas obras divulgaram as ideias da polícia médica no mundo e marcaram a história do conhecimento sobre as relações sociais da saúde e da doença (Rosen, 1979; Foucault, 1992).

Polícia médica

Conceito-chave para entender a origem da intervenção do Estado nos problemas de saúde da população. Na Alemanha mercantilista, o conceito de polícia médica incorporou o interesse pela saúde como tema de políticas públicas. Ensejou ainda a criação de instituições estatais com atribuições de regulação e de cursos universitários para a prática médica administrativa. A experiência alemã inspirou outros países na adoção de leis de interesse da Saúde Pública.

O movimento de formulação das práticas de polícia médica representou um esforço pioneiro ao analisar sistematicamente os problemas de saúde comunitários, reunindo um corpo de conhecimentos que possibilitou seu desenvolvimento posterior.

No século XIX, o conceito de polícia médica começa a perder sua ampla abordagem social, restringindo-se, sobretudo, às atividades administrativas e reguladoras referentes às doenças transmissíveis, ao exercício profissional, ao saneamento e à inspeção de estabelecimentos, alimentos e medicamentos. No final do século XIX, o termo começou a ser substituído por expressões como higiene, Saúde Pública ou polícia sanitária (Rosen, 1979).

No Brasil, a incorporação dos moldes das práticas de polícia médica como política sanitária de Estado se dá no Regimento da Provedoria de 1810, com claras atribuições de instituir a quarentena em navios, disposições de saneamento da cidade, controle dos alimentos, matadouros e açougues públicos, boticas, controle do exercício da profissão etc. (Machado *et al.*, 1978).

Para refletir

Sendo a norma sanitária um reconhecimento social da necessidade de intervenção estatal, como estimular a participação ativa da sociedade na sua formulação e no controle do seu cumprimento?

A função reguladora do Estado

Desde sua origem, o poder de polícia médica – o dever do Estado de intervir nas questões sanitárias – surgiu como campo de conflito de interesses. Segundo Rosen (1994), o capitalismo liberal, então insurgente, demandou o aumento nas funções administrativas de Estado. Entretanto, sempre que esse mesmo Estado, ao intervir na proteção da saúde, contrariou os interesses econômicos, houve a tentativa das forças políticas do setor produtivo de esvaziar o poder de polícia estatal. No entanto, sempre que a intervenção no problema sanitário implicasse a eliminação de obstáculos para a expansão da economia ou para a inserção do país no mercado internacional, o apoio político era assegurado pelos interessados (Vecina Neto, Marques & Figueiredo, 2006).

A constelação de forças sociais impulsionou os primeiros sinais de mudanças a partir de meados do século XIX. As revoltas populares por melhores condições de vida, o nascimento de sindicatos e de associações de defesa da sociedade conformaram uma nova arena pública para o enfrentamento político dos interesses em conflito (Rosen, 1994). As carências sanitárias, naquele momento, eram numerosas: epidemias, moradias e ambientes de trabalho insalubres apareciam como as principais preocupações sociais.

Na virada do século XIX, a ênfase da política de regulamentação sanitária estava, além das questões anteriormente expostas, na proteção do mercado para os produtos patenteados e na proteção do consumidor contra a propaganda enganosa (Lee & Herzstein, 1986).

Regulamentar é instituir normas ou regras referentes ao funcionamento de certas coisas e à execução de atos. Elas dispõem a forma para que se apliquem e cumpram medidas ou regras legais (De Plácido & Silva, 2000).
É o processo de elaboração de diferentes tipos de legislação (Lucchese, 2008).

A produção industrial possibilitou o acesso maciço a produtos e, com isso, permitiu a associação de tragédias ao uso de determinados produtos. E despertou a sociedade organizada para a necessidade de o Estado regulamentar e controlar produtos passíveis de causar danos à saúde e ser intermediador do interesse público em relação ao privado.

Foram necessárias duas tragédias para deslocar a ótica de regulamentação dos medicamentos no mundo. A primeira, na década de 1930, quando mais de cem pessoas, a maioria crianças, morreram pelo uso de um 'elixir' à base de sulfanilamida, nos Estados Unidos. Esse fato levou o Congresso americano a aprovar rapidamente o Food, Drug and Cosmetic Act (FDCA), de 1938. A partir daí, a legislação farmacêutica norte-americana, que o governo Roosevelt já havia tentado modificar sem sucesso antes da tragédia, passou a exigir a comprovação

prévia da segurança do medicamento antes de ser comercializado. Até então, medicamentos eram adquiridos livremente sem receita médica. Foi a partir dessa regulamentação que os médicos assumiram a responsabilidade pela prescrição. Com isso, a propaganda passou a ser dirigida primariamente a esses profissionais (Lee & Herzstein, 1986).

A segunda, que entrou para a história como a 'tragédia da talidomida', no final da década de 1950, em nível mundial, inclusive no Brasil, foi decisiva para enfatizar a necessidade da comprovação prévia da segurança do medicamento no mundo. O uso desse medicamento durante a gravidez ocasionou uma epidemia de bebês com focomelia (desenvolvimento defeituoso de pernas ou braços, em que as mãos e os pés ficam diretamente ligados ao tronco, como as nadadeiras de uma foca).

Talidomida

Tranquilizante muito popular, a talidomida foi introduzida na prática médica em meados da década de 1950 para minorar as náuseas dos primeiros meses de gravidez. Poucos anos depois, mais de 12 mil crianças nasceram deformadas. Na Europa, até 1962, ano da retirada do medicamento do mercado, avalia-se terem ocorrido 498 óbitos, dos quatro mil casos estimados de focomelia. Os Estados Unidos foram um dos poucos países do mundo que, em consequência da legislação de 1938, poupou sua população dessa tragédia.

A posterior revisão dos estudos experimentais, feitos antes da comercialização, revelou a má interpretação e insuficiência dos estudos toxicológicos.

Fontes: Lee & Herzstein, 1986; Laporte & Tognoni, 1993.

É interessante registrar que as duas tragédias relatadas ocorreram com medicamentos considerados como 'avanços tecnológicos' da indústria farmacêutica: um antibiótico e um tranquilizante, evidenciando a necessidade de cuidados especiais com a segurança desses produtos. Outra questão foi sua abrangência, que se tornou uma calamidade pública de alcance mundial, com o surgimento da indústria farmacêutica multinacional. As tragédias podiam ser evitadas considerando que o conhecimento científico, materializado em normas sanitárias, já estava dado, mas nem o conhecimento era observado, nem a norma operacionalizada.

A eficácia, marco na política de regulação dos medicamentos, passou a ser exigida na avaliação pré-comercialização na década de 50/60, a partir dos crescentes gastos com esses insumos nos programas de saúde governamentais (Laporte & Tognoni, 1993).

Regulação

A regulação institui regras e princípios acerca do modo pelo qual as coisas devem se conduzir, sem se restringir somente à forma. Não se limita à imposição de regras ou aplicação de normas. É, portanto, mais ampla do que a regulamentação e inclui as atividades desta última (De Plácido & Silva, 2000).

A regulação sanitária, em seu sentido mais amplo, engloba "toda a parte de estudos de análise do risco, bem como as regulamentações dela decorrentes e as políticas de gerenciamento do risco empreendidas pelo Estado, que configuram sua intervenção na área do risco sanitário" (Lucchese, 2008: 305).

A regulação do risco pode ser entendida como "o conjunto dos processos decisórios presentes numa sociedade que definem, de forma explícita ou tácita, que riscos são aceitáveis e sob quais condições eles devem ser controlados em termos dos instrumentos disponíveis" (Porto, 2007: 105).

Um destaque necessário à evolução da legislação sanitária no mundo é que ela, inicialmente, assumia o caráter de um estatuto criminal contra a adulteração e o charlatanismo. Posteriormente passou a uma estrutura legislativa, cujo principal objetivo era prevenir riscos à saúde dos usuários, incorporando na regulação o direito do cidadão ao acesso a bens e serviços essenciais à vida, independentemente da relação de consumo, a exemplo dos usuários do SUS. Além do mais, ampliou o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor, devido à assimetria de informação, que torna a relação de produção/consumo desigual e coloca em desvantagem o cidadão. É o poder público assumindo a função de mediação dessas relações, intervindo no direito privado em prol do direito coletivo. É o Estado exercendo sua função de regulação, estabelecendo, por exemplo, políticas para o padrão de aceitação para bens e serviços de interesse à saúde da população, antes de sua entrada no mercado (Silva, 2000).

A Política Nacional de Medicamentos é discutida no capítulo 21.

Uma questão permanente relaciona-se às situações de incertezas do conhecimento científico, gerando conflitos e discrepâncias internacionais no estabelecimento da regulação. Um exemplo típico é a polêmica em torno da liberação dos transgênicos e as dúvidas quanto aos efeitos futuros no ambiente e nas gerações vindouras. Outro exemplo pouco discutido no Brasil, mas presente na Europa, é a polêmica em torno dos efeitos dos campos eletromagnéticos gerados pela telefonia móvel.

Restam ainda algumas questões sobre a função reguladora de Estado. Uma diz respeito à influência dos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), propiciando encontros para discussão e formulação de diretrizes de temas relevantes envolvendo riscos e do Regulamento Sanitário Internacional. A outra se refere à profícua produção de regulamentos de tecnologias no mundo, podendo-se dizer que a racionalidade científica, ao buscar afastar a ameaça do inesperado – e tentar que a imprevisibilidade seja de algum modo e em certo grau previsível –, contribuiu para erigir o alicerce da ciência da regulamentação moderna.

Atualmente, a necessidade da regulação de bens e serviços de interesse para a saúde é tida não apenas como indiscutível na maioria dos países como também uma tarefa inalienável do Estado. No mundo global, existe pressão internacional no sentido de estimular "renúncias de prerrogativas das autoridades sanitárias" nos países periféricos, instigando-os a "adotar a política de aceitar mais ou menos automaticamente os regulamentos e controles realizados pelos países centrais", como vem acontecendo com a avaliação de novos medicamentos (Lucchese, 2008: 292).

Para refletir

Uma das funções do Estado é avaliar a segurança de tecnologias. Como estabelecer limites de tolerância para o consumo de produtos, por exemplo, dos transgênicos, quando ainda é insuficiente o conhecimento acumulado sobre as consequências dos danos futuros? Na insuficiência de evidências científicas quanto à segurança da nova tecnologia, qual deveria ser a postura do Estado?

A vigilância sanitária no Brasil

No Brasil, o conjunto de ações correspondentes hoje à área de atuação da vigilância sanitária esteve disperso em diversos serviços da administração pública de cada época (Lucchese, 2008).

Foram numerosos os atos legais que se sucederam desde a chegada da Coroa Portuguesa ao Brasil que, na sua grande maioria, ficaram no papel, não resultando na estruturação adequada de serviços que possibilitassem o seu efetivo cumprimento (Barbosa & Rezende, 1909).

Um exemplo de regulamentação no Brasil do século XIX está explicitado na Postura da Câmara Municipal do Rio de Janeiro de 1832, com a reorganização do Estado após a independência e a municipalização dos serviços de saúde. A postura regulava na Seção I (Saúde Pública): cemitérios e enterros; venda de gêneros, remédios e exercício da profissão; o asseio dos currais, matadouros e açougues; hospitais, casa de saúde e moléstias contagiosas; sobre estabelecimento de fábricas e manufaturas "que possam alterar e corromper a salubridade da atmosfera" etc. Na seção II (Polícia), tratava-se desde gritos na rua à obrigatoriedade de vacinação, assim como licença prévia para funcionamentos de fábricas (Barbosa & Resende, 1909).

Postura da Câmara Municipal do Rio de Janeiro (1832)

Seção I (S.P.), Título II: sobre venda de gêneros e remédios, sobre boticário

Todo boticário que vender remédio corrupto ou já inutilizado pelo tempo incorrerá nas mesmas penas do parágrafo 1° (multa e inutilização).

O boticário que introduzir nos remédios mais ou menos drogas, ou drogas diversas daquelas que contiveram na receita do facultativo, pagará a multa.

Nenhum facultativo, boticário, parteira ou sangrador poderá exercer sua arte dentro do município sem ter apresentado (prazo de três meses) suas cartas na câmara, onde ficarão registrados.

Os confeiteiros que pintarem seus doces com óxidos, ou sais de metais venenosos, como cobre, chumbo, mercúrio, etc., sofrerão a pena de oito dias de cadeia e multa, verificando-se por análise química a sua existência.

Fonte: Barbosa & Resende, 1909.

Esse documento representa a primeira legislação sanitária municipal no Brasil e teve a participação da Sociedade Nacional de Medicina, embora ela não tenha sido levada à prática "com espírito de sequência e com ânimo decidido de fazê-las obedecidas" (Barbosa & Rezende, 1909: 51).

No início do século XX, destacam-se dois acontecimentos política e organizacionalmente relevantes. Um foi a organização das administrações sanitárias estaduais, por meio do pacto federativo inaugurado com a República, criando estruturas e códigos sanitários estaduais e, com isso, imprimindo certa consistência às ações de vigilância sanitária em alguns estados, como São Paulo (Costa & Rozenfeld, 2000; Vecina Neto, Marques & Figueiredo, 2006).

O outro foi a edição do Código Sanitário Federal, decreto n. 16.300, de 1923, com a Reforma Carlos Chagas, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Essa reforma inaugura um modelo sanitário encarregado do controle de novos objetos de interesse para o crescente processo de industrialização no país. A expressão 'vigilância sanitária' surgiu nesse regulamento, para se referir indistintamente à vigilância de pessoas doentes ou sob suspeita de serem portadoras de doenças contagiosas e à fiscalização dos estabelecimentos comerciais. Hoje, essas ações estão separadas em vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, respectivamente.

Esse regulamento estabelecia as competências do DNSP, e seus 1.679 artigos fixaram disposições normativas minuciosas sobre: controle do exercício profissional; licenciamento prévio de farmácias, laboratórios, indústria etc.; licenciamento e fiscalização de medicamentos, desinfetantes, produtos de higiene, águas minerais etc.; inspeção sanitária dos empregados domésticos e (até) ama de leite; fiscalização de maternidades, hospitais, consultórios, escolas, creches, hotéis, mercados e outros; fiscalização e análises de águas de abastecimento; defesa marítima e fluvial e inspeção médica de imigrante etc. (Costa & Rozenfeld, 2000).

Para saber mais sobre a vigilância epidemiológica, leia o capítulo 22.

Costa e Rozenfeld (2000: 27) destacam que o Regulamento Sanitário Federal pretendeu "incluir praticamente a totalidade da vida social na ordem sanitária, contudo as ações tinham pouco alcance em virtude das limitações do país".

As estruturas de saúde pública seguiram se transformando e, com ela, intensa produção normativa ampliando o escopo de ação da vigilância sanitária. Assim é criado o Ministério da Saúde em 1953, resultando em um novo rearranjo de serviços e criação de novos, como o primeiro laboratório nacional, em 1954, para controle de medicamentos, passando a incorporar os alimentos e a designar-se como Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos em 1961. As ações de fiscalização e controle seguiram espalhadas por vários órgãos até a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária com o decreto n. 79.056, de 1976, que formalizou a nova estrutura do Ministério da Saúde. O *status* de secretaria ministerial a que foi alçado o controle sanitário ajudou a consolidar a expressão vigilância sanitária dada a esse campo (Costa & Rozenfeld, 2000).

Para saber mais sobre o processo histórico de estruturação da saúde pública no Brasil, leia os capítulos 10 e 11.

O arcabouço sanitário brasileiro foi revisto no final dos anos 1960, atendendo às diretrizes da OMS. Acredita-se que a tragédia da talidomida tenha contribuído para tal determinação. Os alimentos foram os primeiros produtos a terem sua legislação revisada e atualizada, em 1969 (decreto-lei n. 986/69). O foco da revisão considerou os avanços da tecnologia de produção e a incorporação de testes específicos para o controle da segurança, assim como uma postura de desconfiança para as novas substâncias coadjuvantes (corantes, aromatizantes, conservantes etc.), estabelecendo ensaios toxicológicos específicos para sua admissão nos alimentos industriais (Silva, 2000).

Em 1976, foi a vez de os medicamentos, cosméticos, correlatos e saneantes passarem a ser submetidos a uma única norma (lei n. 6.360) – antes dispersa em distintas portarias – e, com isso, serem assegurados os mesmos preceitos sanitários na ótica de prudência já mencionada para os alimentos. Já a lei n. 6.437/77 classificou as infrações sanitárias de todos os produtos e incluiu a fiscalização de serviços com o mesmo ordenamento jurídico. Instruiu, também, a apuração de infrações em processo administrativo próprio e a apreensão de amostras de produtos para avaliação laboratorial, quando necessário.

Mais recentemente, o movimento da Reforma Sanitária brasileira conseguiu incluir na Constituição Federal de 1988 uma nova concepção sanitária nacional, quando definiu a saúde como direito social. Determinou, ainda, que as ações e os serviços de saúde constituam um sistema único de saúde, regionalizado e hierarquizado. Uma de suas diretrizes é priorizar as atividades preventivas (art. 198, inciso II da Constituição), cujas atribuições, entre outras, são: "controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde" e "executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica" (art. 200, incisos I e II, respectivamente, da Constituição). A Carta Magna impõe ao Estado o dever de implementar

No capítulo 12, sobre o SUS, você pode conhecer outros detalhes sobre as leis orgânicas da saúde (LOS).

políticas sociais e econômicas não apenas para redução de riscos de doenças, mas também para recuperação, proteção e promoção da saúde.

O novo conceito de vigilância sanitária estabelecida na LOS muda a abrangência do seu escopo de trabalho. A nova definição minimiza a importância das ações pontuais, historicamente desenvolvidas pela vigilância sanitária, e remete o cerne da atividade para o conjunto de ações capazes de diminuir e prevenir os riscos à saúde. Por esta atribuição e abrangência, quaisquer bens de consumo ou serviços passam a ser objeto da ação da vigilância sanitária, desde que, direta ou indiretamente, relacionados aos fatores condicionantes ou determinantes da saúde (inciso I do art. 5° da lei n. 8.080/90).

Vigilância sanitária na Lei Orgânica da Saúde (art. 6º, parágrafo 1º)

"Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde."

Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 set. 2012.

Entretanto, cinco anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), aconteceram novas tragédias evitáveis. A intensa mobilização e a indignação social com essas tragédias, com ampla cobertura da imprensa, aliadas a um governo cuja proposta era de reforma do Estado e de criação de agências reguladoras, resultaram na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Piovesan & Labra, 2007). A lei n. 9.782, de 1999, criou a Anvisa e definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), substituindo a então Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (Brasil, 1999).

Tragédias evitáveis

Clínica Geriátrica Santa Genoveva – Em 1996, morreram 102 idosos nesta clínica, na cidade do Rio de Janeiro, em razão da falta de higiene e de outras irregularidades.

Instituto de Doenças Renais de Caruaru (Pernambuco) – Após denúncia de familiares em 1996, constataram-se a morte de 47 pacientes e a contaminação de outros 120 em razão da utilização de água imprópria para hemodiálise.

Pílula de farinha – Em 1998, 14 mulheres ficaram grávidas, mesmo fazendo uso do anticoncepcional Microvlar, produzido pela Schering do Brasil. Ao se analisar o produto consumido, foi constatada a ausência do princípio ativo.

Para saber mais, consulte: <www.ccs.saude.gov.br/visa/tragedias.html>.

Entre as áreas prioritárias de atuação da vigilância sanitária, uma bastante extensa é a de Portos, Aeroportos e Fronteiras (PAF), importante pela intensificação do comércio internacional e da ocorrência de pandemias. Nesta área, a vigilância sanitária atua sobre a circulação internacional de produtos e viajantes, servindo como uma forma de 'barreira' para a entrada de agentes etiológicos de possíveis pandemias oriundas de outros países, tais como a *influenza* aviária, a cólera e a febre hemorrágica Ébola.

Áreas prioritárias de atuação da vigilância sanitária

Bens de saúde – Medicamentos, alimentos, saneantes, sangue, hemoderivados, domissanitários, cosméticos etc.

Serviços de saúde – Hospitais e clínicas, ambulatórios, serviços odontológicos e especializados (hemodiálise, transplante, oncologia) e serviços diagnósticos (clínicas radiológicas, laboratórios de análises clínicas).

Serviços de interesse da saúde – Creches, clubes, locais de tatuagem, cemitérios, manicures etc.

A Tabela 1 evidencia o montante de alguns dos objetos sujeitos à regulação da vigilância sanitária no país.

Tabela 1 – Estimativa de estabelecimentos/indústrias produtores e serviços sujeitos à vigilância sanitária

Estabelecimentos/indústrias produtores/serviços	Número
Farmácias	82.204[1]
Indústrias farmacêuticas	450[2]
Produtores de cosméticos	3.700[2]
Fabricantes de produtos para saúde	3.300[2]
Fabricantes de equipamentos médico-hospitalares	228[3]
Fabricantes de saneantes	3.000[2]
Distribuidoras de medicamentos	2.000[2]
Laboratórios de análises clínicas	3.900[2]
Serviços de radiodiagnóstico	15.500[2]
Hospitais	68.754[3]
Serviços de saúde sem internação	67.901[4]
Serviços de hemoterapia	2.332[5]

Fontes: 1) Conselho Federal de Farmácia, 2011; 2) Comunicação pessoal da diretora da Anvisa, Maria Cecília Brito, 2010; 3) Gadelha, 2009; 4) IBGE, 2010; 5) Anvisa, 2011.

Vigilância sanitária é coisa nossa

A organização, a estrutura e a gestão dos sistemas de saúde estão condicionadas por diversos fatores, desde a conformação político-institucional até a história da Saúde Pública em cada país.

Segundo a definição dada para vigilância sanitária na lei n. 8.080/90, não se nomeiam os objetos de intervenção, deixando isso aberto para toda e qualquer tecnologia (produtos, serviços, intervenções ambientais etc.) capaz de desencadear danos à saúde. E aloca-se a competência da ação nos órgãos de vigilância sanitária das três esferas do governo, segundo as diretrizes do SUS. Isso é ímpar no mundo.

Ainda que essas ações estejam presentes em vários países, apresentam formato organizacional diferenciado, estando os seus objetos de ação em órgãos distintos. Geralmente, a regulação sanitária de medicamentos é feita por um órgão, e a dos demais produtos por outros órgãos, sendo essa combinação variada. Para citar apenas alguns exemplos, nos Estados

Unidos uma agência é responsável pela regulação sanitária de medicamentos e alimentos, a Food and Drug Administration (FDA). Na Alemanha, o Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte responsabiliza-se pela regulação de medicamentos e produtos para a saúde, enquanto outro órgão regula os produtos medicinais biológicos, como vacinas e sangue. A Argentina tem como órgão regulador de medicamentos, alimentos e tecnologias médicas, incluindo os cosméticos, a Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

Desafios do saber-fazer em vigilância sanitária

A vigilância sanitária se constitui como uma das práticas mais complexas e antigas da Saúde Pública (Costa & Rozenfeld, 2000) e na qual se expressam importantes contradições entre capital e trabalho: quando atua, fere interesses econômicos; ao deixar de intervir, expõe de forma insidiosa a saúde da população. Dilema resultante de sua ação intermediadora entre os interesses sanitários coletivos e o setor produtivo, mas que condiciona o seu poder-saber-fazer no equilíbrio da correlação de forças entre o poder econômico e o grau de organização e mobilização da sociedade.

Eduardo (1998) postula a existência de quatro dimensões inerentes à prática de vigilância sanitária. A 'dimensão política' se refere ao conflito de interesses sociais e privados e, ao tentar minimizar riscos, interfere no modo de produção econômico-social. A 'dimensão ideológica' refere-se ao fato de que, no enfrentamento de distintos projetos e interesses, a vigilância sanitária deve representar os interesses da população. A 'dimensão tecnológica' inclui a função de avaliação e o gerenciamento de risco baseado no conhecimento científico existente e expresso nas normas por ele estabelecidas. É nesse plano, segundo a autora, que a vigilância sanitária desencadeia ações para reduzir riscos e evitar agravos e danos à saúde. A 'dimensão jurídica', sob a égide do direito administrativo e sanitário, considera desde o seu papel de estabelecer e seguir normas até a possibilidade de definir e aplicar penalidades no caso do seu descumprimento.

Articular essas dimensões levando em conta as prioridades do SUS resulta em grandes desafios para o agente e gestor de vigilância sanitária. Como garantir que serviços e insumos disponíveis no SUS obedeçam à segurança e à eficácia estabelecidas nas normas sanitárias?

Outras questões, além das já relacionadas, ajudam a (re)pensar as práticas de Vigilância Sanitária: quais são os conceitos operacionais que dão fundamentos à vigilância sanitária e a tornam estruturante da saúde coletiva? Que ações de promoção e proteção à saúde são estratégicas para a efetividade das práticas de vigilância sanitária? Como lidar com a fronteira e a precariedade do conhecimento do risco suposto, mas não evidenciado, de novas tecnologias?

Estratégias do saber-fazer vigilância sanitária

As ações preventivas da vigilância sanitária realizadas no presente resultam da identificação de danos/agravos causados no passado, sendo constituintes do seu caráter de proteção do risco sanitário, inclusive no futuro. Ao decodificar eventos prejudiciais à saúde, várias disciplinas são utilizadas, como sociologia, antropologia, física, química, engenharia, arquitetura, epidemiologia, farmacologia, toxicologia, radiologia, odontologia etc.

Risco sanitário

Para efeitos deste texto, a definição adotada de risco sanitário é a mesma do descritor da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS): "propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana" (BVS, 2011).

Para manter os eventos sob controle, a vigilância sanitária recorre a outros campos de conhecimentos, como planejamento, gestão, administração, ética, política, direito, comunicação, educação etc. Nessa perspectiva, necessita da multiprofissionalidade, da inter/transdisciplinaridade e da intersetorialidade para compreensão dos problemas e efetividade das ações.

A intervenção no risco sanitário está atrelada ao poder de polícia administrativa, atividade exclusiva da administração pública, que representa seu dever "de restringir ou condicionar as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade. (...) Esse poder incide sobre estabelecimentos (pessoas jurídicas), e não sobre as pessoas" (De Seta & Reis, 2009: 231). O caráter preventivo é incorporado na legislação e na fiscalização do seu cumprimento; ao constatar risco à saúde, realiza ação de interdição total ou parcial ou inutilização. O caráter repressivo incorpora ainda a aplicação de multas para os infratores.

O conjunto articulado de intervenções voltadas para o controle de causas e riscos sanitários pressupõe a integração das ações de proteção no âmbito do sistema de vigilância sanitária e a ampliação de sua estratégia para a defesa da saúde em articulação com políticas públicas transetoriais (Czeresnia, 2008).

No âmbito do sistema de vigilância sanitária, os riscos sanitários, aqui denominados como externalidades ou efeitos negativos, devem ser tratados como importantes elos de interdependência social entre os estados e municípios brasileiros, lembrando que o controle que um ente faz ou deixa de fazer repercute nas outras unidades da comunidade nacional. Uma unidade que apresenta deficiências para efetuar as ações de vigilância sanitária "ou apresenta nível baixo de consciência dos efeitos externos" gerados em seu território, "ou, ainda, uma frágil percepção da unidade nacional, estará atingindo negativamente as outras unidades que não contribuíram para a existência de externalidades" (Lucchese, 2008: 47).

Interdependência social
Conceito utilizado para fundamentar as políticas sociais que buscam respostas para os problemas gerados nos processos sociais de uma dada sociedade. Externalidades negativas (risco sanitário), causadas por indivíduos, são os formadores dos elos de interdependência que fundam a necessidade da coletivização do cuidado (Lucchese, 2008).

Um exemplo de externalidade negativa pode ser dimensionado por um alimento, ou medicamento, ou cosmético produzido sem a devida observância da norma sanitária correspondente. Ao circular no mercado põe em risco não apenas a comunidade do município/estado produtor, mas toda a população que vier a fazer uso do bem em questão. São essas situações que formam os elos de interdependência e que geram a necessidade da coletivização do cuidado no controle dos riscos sanitários (Lucchese, 2008), e que serão aprofundadas adiante na discussão do SNVS.

Os riscos no saber-fazer vigilância sanitária

A importância do conceito de risco para as práticas de vigilância sanitária é explicitada em sua definição na Lei Orgânica da Saúde (LOS): "um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde" (lei n. 8.080/90, art. 6º, parágrafo 1º. Portanto, é o risco que irá instruir a política normativa de Estado e estruturar as ações de proteção.

Risco é a probabilidade de que uma pessoa sofrerá um dano devido a uma ameaça particular. Pode-se reduzir o risco evitando determinadas atividades, mas não se pode eliminá-lo inteiramente. No mundo real, não existe risco zero (OMS, 2002).

Considerando a grande diversidade de objetos sob a regulação da vigilância sanitária, como operacionalizar um conceito polissêmico, cujo método de avaliação, a interpretação dos resultados e as medidas de controle estão no cerne da tensão entre capital-trabalho, público-privado (Freitas, 2008; Lucchese, 2008; Porto 2007)? Vejamos alguns antecedentes diacrônicos desse processo.

O conceito de risco em discussão provém da teoria das probabilidades, oriunda da teoria dos jogos na França do século XVII. Refere-se à consideração de previsibilidade de determinadas situações ou eventos, utilizando o conhecimento dos parâmetros de uma

distribuição de probabilidades de acontecimentos futuros (Freitas, 2008). A invenção do cálculo de probabilidade possibilitou sua quantificação (Lieber & Romano-Lieber, 2002).

A crescente mobilização social em torno de riscos tecnológicos imprimiu uma nova dinâmica na identificação do risco. O Estado foi impelido a desenvolver legislações mais restritivas de proteção da saúde e do meio ambiente. As indústrias, obrigadas a arcar com os custos de indenizações pelos danos causados, passaram a montar equipes e a instalar laboratórios capazes de fornecer dados científicos para responder aos seus críticos no governo e nos movimentos sociais. Assim, métodos científicos específicos foram desenvolvidos para estimar os riscos de modo quantitativo e probabilístico. Incrementaram-se testes de laboratório, métodos epidemiológicos, modelagens ambientais, simulações em computadores e avaliações de riscos na engenharia. Dessa forma, eles possibilitaram maior acurácia na identificação e mensuração de riscos, permitindo aos cientistas, por exemplo, detectar quantidades de substâncias carcinogênicas ou mutagênicas muitíssimo pequenas, tal como partes por trilhão (ppt). Esse movimento aumentou o número de especialistas e possibilitou ainda a profissionalização e a institucionalização da avaliação e do gerenciamento de risco (Freitas, 2008).

Riscos tecnológicos

Em 1992, o Programa Internacional de Segurança Química estimou a existência de 750 mil substâncias conhecidas no meio ambiente. Cerca de setenta mil são cotidianamente utilizadas, sendo que quarenta mil em quantidades significantes. Apenas seis mil foram consideradas adequadamente avaliadas quanto aos riscos no homem e no meio ambiente. A inovação tecnológica possibilita a introdução de mil a duas mil novas substâncias por ano.

O modelo de desenvolvimento e inovação tecnológica vem possibilitando um crescimento do risco numa velocidade bem maior do que a capacidade científica e institucional de analisá-lo e gerenciá-lo, evidenciando a vulnerabilidade das sociedades contemporâneas e a perda da autonomia dos cidadãos (Porto & Freitas, 1997).

O conceito de risco em epidemiologia e a exposição da população brasileira a fatores de risco são analisados no capítulo 5, sobre condições de saúde da população brasileira. Consulte.

Segundo a OMS (2002), a avaliação de risco se dá em quatro etapas: 1) identificação da ameaça: identificação do agente (químico, biológico ou físico) causal; 2) avaliação de resposta à dose: a estimativa da relação entre dose ou exposição ao agente e a incidência e/ou gravidade de um efeito. Há quantificação da dose-efeito e dose resposta, do efeito adverso, sua reversibilidade ou irreversibilidade, dose limite e níveis de efeitos não adversos usando dado de estudos *in vivo* e *in vitro* (Porto & Freitas, 1997); 3) avaliação da exposição: analisa a extensão da exposição ou a exposição potencial em situações reais; 4) caracterização do risco: é a síntese e o sumário das informações sobre uma situação potencialmente danosa em uma forma útil aos tomadores de decisão.

A conclusão da **avaliação da exposição** pode ser, por exemplo, que a exposição diária a uma solução da substância suspeita, de cinco partes por milhão, durante vinte anos, causará provavelmente a morte de cinco pessoas por ano em cada milhão de pessoas; a exposição da população de um país de 250 milhões de pessoas significaria a morte extra de 1.250 pessoas por ano; expondo-se somente um grupo de 100 milhões de pessoas, haveria uma morte a cada dois anos e, nesse mesmo caso, se apenas duas pessoas fossem expostas à substância, cada uma teria 50% de probabilidade de morte. Caso estes dados fossem o resultado da avaliação da exposição, estariam os reguladores em face de um problema regulatório. Este exemplo ilustra os tipos de definições que as agências de regulação devem avaliar e considerar nesse estágio (Lucchese, 2008).

O colossal avanço na avaliação de risco não eliminou os questionamentos aos seus modelos e desenhos: nos estudos toxicológicos, a capacidade da biologia de animais de laboratório ou sistemas biológicos isolados assemelha-se, nas respostas, ao organismo humano (Lucchese, 2008); no modelo epidemiológico, para viabilizar a medição do efeito de uma causa, ou conjunto de causas, isolam-se os elementos que se desejam observar. Esse processo reduz e desconsidera aspectos fundamentais dos fenômenos estudados, apresentando limites que não podem ser ignorados na avaliação (Czeresnia, 2008), pois implicam perdas importantes na compreensão dos problemas, na formulação de estratégias de prevenção e no controle de tais riscos (Freitas, 2008).

O gerenciamento de risco decide o que fazer com o risco avaliado. Um programa deve estabelecer ações e estratégias de controle, encontrar opções, tomar decisões e avaliar o processo de regulação. As quatro etapas da avaliação de risco não são independentes, nem têm ordem predeterminada, sendo cada uma delas guiada pela urgência da necessidade de uma tomada de decisão e baseado na disponibilidade de informação e recursos (OMS, 2002).

Avaliação e gerenciamento dos riscos

A abordagem tradicional da avaliação de riscos, que embasa o gerenciamento, tem como principais referências a toxicologia (experimentos em animais) e a epidemiologia (populações expostas aos agentes perigosos comparadas com populações não expostas), procurando identificar e quantificar as relações entre os potenciais agentes de riscos e os danos biológicos observados nos seres vivos. Mediante modelagens, o agente causal é isolado das variáveis intervenientes, realizando-se cálculos que têm como referência tempos e espaços delimitados e utilizando-se frequências relativas para poder especificar as probabilidades. Nesta abordagem, o risco é reduzido a uma única dimensão (biológica), representando uma média sobre espaços, tempos e contextos sociais, ambientais e tecnológicos estáveis e/ou estáticos (Freitas, 2008).

A avaliação do risco é de natureza mais científica. Já a gerência do risco é de natureza político-administrativa: os resultados da avaliação de risco devem ser integrados às preocupações sociais, econômicas e políticas na seleção de políticas de regulação mais apropriadas (Lucchese, 2008).

Agências reguladoras, responsáveis pela política de gerenciamento de riscos, geralmente não realizam os estudos de avaliação de riscos. Elas patrocinam, supervisionam, avaliam desenhos e processos e validam, ou não, resultados. Trabalham estreitamente relacionadas com a produção desse conhecimento. Por vezes realizam pesquisas complementares. Tal missão exige pessoal altamente qualificado e capaz de monitorar e analisar cuidadosamente os processos e resultados, buscando a caracterização do risco para a tomada de decisões. Nos países com escassa atividade no campo da avaliação de risco, os reguladores adotam políticas de gerenciamento do risco em ambientes de diminuto nível de informação científica. Nessa situação, tendem a prevalecer os interesses econômicos e sociais como critérios de decisão (Lucchese, 2008).

O princípio da precaução é um instrumento de gerência do risco, de aplicação preferencial em situações de incerteza científica, também pouco conhecido e utilizado, em especial, nos países em desenvolvimento. A comunicação do risco é igualmente importante quando se pensa na regulação em sociedades democráticas (Lucchese, 2008).

Princípio da precaução

Princípio pelo qual se tomam medidas para limitar certa atividade ou exposição, mesmo que não se tenha sido completamente estabelecido que atividade ou exposição constitua uma ameaça à saúde.

Deve ser aplicado quando existe um elevado grau de incerteza científica e existe uma necessidade de agir com relação a um risco potencialmente sério sem esperar pelos resultados de mais pesquisas científicas (OMS, 2002).

A maioria dos problemas de saúde, incluídos os riscos abordados pela vigilância sanitária, por serem complexos, se acompanha da imprevisibilidade e de um estado incompleto de conhecimento científico (Freitas, 2008). Essa característica contemporânea do risco desafia a capacidade de predição, pois os danos perdem seu caráter de serem acidentais – são intrínsecos – e nem sempre são conhecidos as causas ou os possíveis efeitos das tecnologias antes do seu amplo uso, a exemplo dos medicamentos.

Integrar conhecimentos e experiências acerca de múltiplos impactos de tecnologias (produtos e processos) sobre a sociedade e os ecossistemas antes que os riscos se concretizem constitui-se um dos maiores desafios (Porto, 2007), em especial, para a vigilância sanitária.

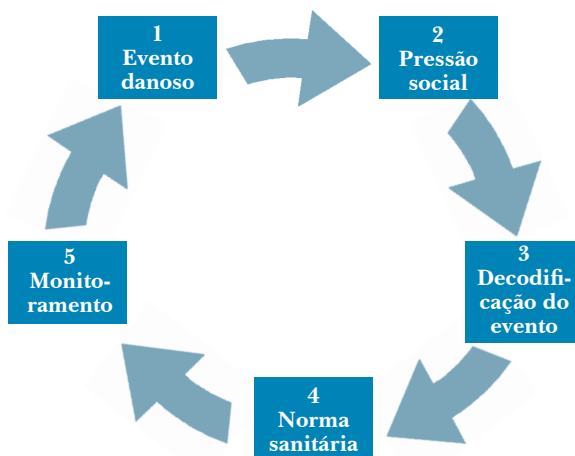
Proteção da saúde e as normas sanitárias

Costumamos dizer que as ações de vigilância sanitária têm um caráter preventivo. A prevenção de eventos prejudiciais à saúde é entendida como um conjunto de medidas antecipadas e normatizadas, que busca prevenir uma determinada situação de risco já decodificada pelos conhecimentos acumulados. E as normas sanitárias são a síntese desse conhecimento.

A modelagem da construção desse conhecimento tem origem no paradigma preventivo clássico (Porto, 2007), que parte do princípio da imponderabilidade do risco: é preciso acontecer o evento danoso à saúde para conhecer todas as suas externalidades negativas e, dessa forma, controlá-lo. A Figura 1 apresenta um esquema simplificado desse processo.

Paradigma preventivo clássico

Hegemônico no século XX, implica um conjunto de medidas de regulação e controle de riscos tecnológicos tendo por pressuposto básico serem os riscos, por princípio, passíveis de reconhecimento e controle, ainda que com alguns transtornos nas fases iniciais da inovação. Tais transtornos, eventualmente revelados pela emergência de desastres e casos de doenças, tenderiam a ser superados pelo aprimoramento contínuo do conhecimento técnico-científico, da legislação, da atuação institucional e dos profissionais. Um novo paradigma, pautado no princípio da precaução, vem ganhando espaço na regulação, especialmente no que se refere à existência, ainda não possível de ser estabelecida cientificamente, de riscos ao meio ambiente (Porto, 2007).

Figura 1 – Esquema simplificado do processo de formulação ou revisão de normas sanitárias após a ocorrência de evento danoso

Esse esquema representa a ordem dos acontecimentos na identificação e no posterior controle de fontes de agravos à saúde. Em linhas gerais: 1) surge um evento danoso à saúde, em geral associado a mortes ou eventos adversos graves em vários indivíduos; 2) as vítimas ou os familiares, apoiados pela mídia, se associam e pressionam as autoridades para identificar as causas do acontecimento; 3) os pesquisadores estudam e decodificam as fontes dos agravos; 4) as causas identificadas são organizadas em normas sanitárias, compondo a legislação sanitária da área específica à origem do evento (alimentos, medicamentos, procedimentos médicos etc.); 5) os órgãos constituídos aplicam ou fiscalizam a execução das determinações legais e verificam se são suficientes para manter o evento danoso sob controle ou fora da possibilidade de voltar a acontecer.

Nesse sentido, a norma sanitária é o reconhecimento social da existência do risco e da necessidade do seu controle. Estabelece, ainda, quais são os riscos aceitáveis, segundo o momento e o conhecimento acumulado. Para o Estado, a norma sanitária é estabelecida como pré-requisito mínimo, pois parte da premissa de que não existe risco zero. Porém, a norma vai depender do grau de desenvolvimento das forças produtivas; do nível de organização e conhecimento da sociedade consumidora; do conhecimento técnico-científico dos especialistas envolvidos na formulação; e do poder constituído em traçar políticas de Estado.

A norma sanitária expressa as medidas preventivas, considerando-se a probabilidade de ocorrência do agravo/dano, as características intrínsecas das tecnologias, do seu processo de produção e condições de trabalho e o desenvolvimento científico-tecnológico existente no momento de sua elaboração. É, portanto, mutável com a produção de novos conhecimentos sobre os riscos (De Seta & Reis, 2009).

Para refletir

Você conhece alguma adoção do princípio da precaução em relação a alguma tecnologia no Brasil? Como decidir se determinado risco é aceitável ou não quando o conhecimento científico existente não é suficiente para prever as consequências dos danos futuros?

O (Sub)Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

A função do (Sub)Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

As ações de vigilância sanitária fazem parte do campo da saúde e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é, portanto, um subsistema do SUS (De Seta & Reis, 2009).

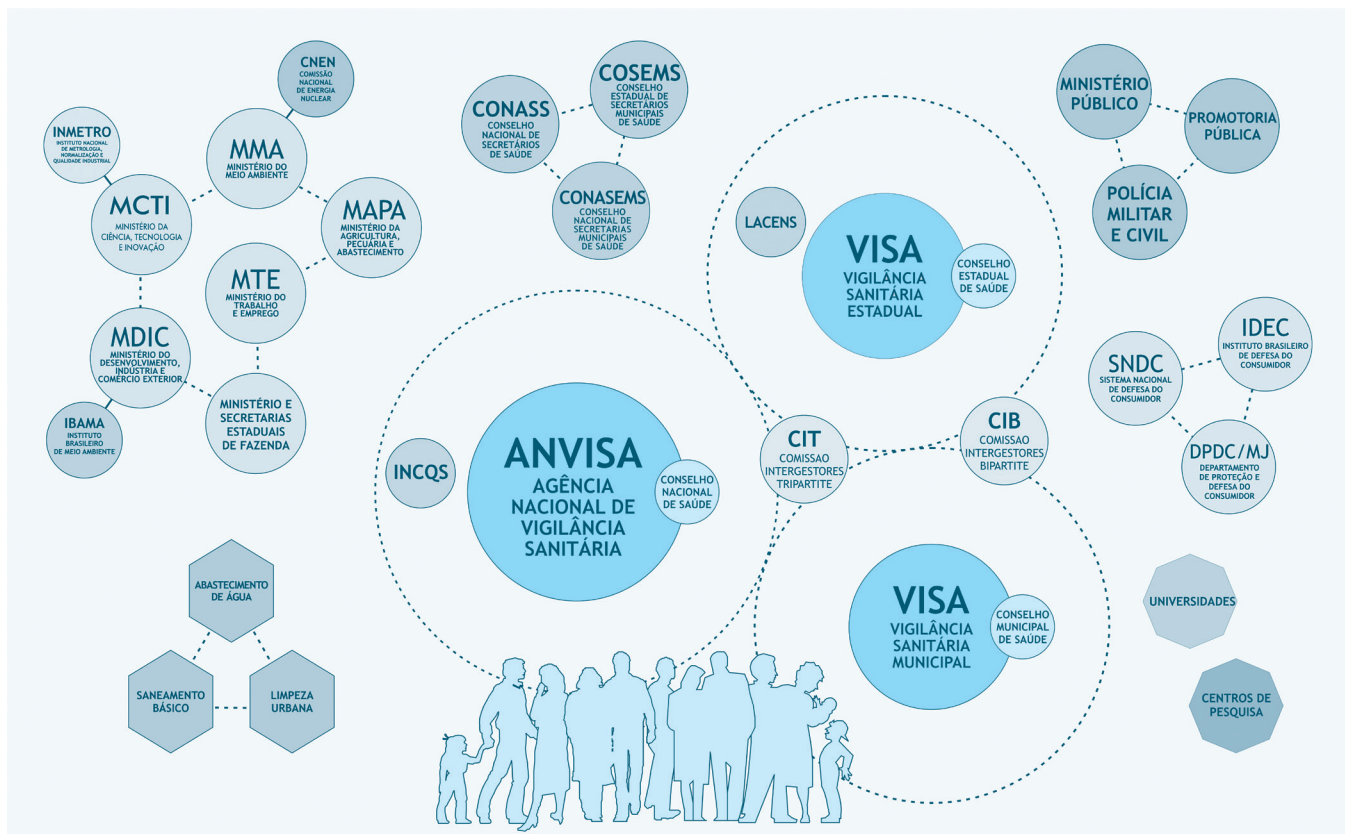
O SNVS foi formalmente definido e instituído na lei n. 9.782/99. O gestor da vigilância sanitária tem como uma de suas atribuições identificar, avaliar, gerenciar e comunicar o risco à saúde. E conforme recomendação aprovada na Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, "promover ações voltadas à construção de uma cultura mais exigente de qualidade em produtos e serviços relacionados à saúde, e de controle das relações de consumo, de interesse da saúde" (Brasil, 2001: 50).

O SNVS foi constituído com o propósito de construir a coletivização da administração das externalidades negativas, próprias do campo da vigilância sanitária. A interdependência administrativa do sistema assume centralidade no seu funcionamento: se dá não apenas "em sua dimensão horizontal, entre as unidades federadas ou entre os municípios, mas também

em sua dimensão vertical, entre as três esferas de governo que compõem, com autonomia, as instâncias gestoras do modelo" (Lucchese, 2008: 49).

Estrutura do SNVS

São constituintes do núcleo central do SNVS: a Anvisa, que é o órgão federal responsável pela coordenação, os órgãos de vigilância sanitária dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e os Laboratórios Centrais de Saúde Pública dos estados da federação (Lacen). Entretanto, outros órgãos são indispensáveis ao SNVS. A Figura 2 representa o núcleo central do SNVS e as demais instâncias que o integram.

Figura 2 – Representação gráfica simplificada do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Fonte: Acervo da Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br/visa/snvs.html>. Acesso em: 27 set. 2012.

A Anvisa é uma autarquia e, embora ligada ao Ministério da Saúde, tem autonomia administrativa e financeira. Os órgãos de vigilância sanitária dos estados, do Distrito Federal e dos municípios são, geralmente, integrantes da administração direta, ligados às respectivas secretarias de Saúde. Esses órgãos se estruturam de variadas maneiras. Em alguns estados e municípios, podem-se encontrar na mesma estrutura as vigilâncias sanitária, em saúde do trabalhador e/ou a ambiental. Alguns agregam ainda a vigilância epidemiológica. Os órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária variam também em relação à

autonomia administrativa e financeira do núcleo central de suas respectivas secretarias de Saúde (De Seta & Reis, 2009).

O componente laboratorial é considerado como um dos mais críticos do SNVS, ainda que de fundamental importância para a finalização das ações de caráter fiscalizadoras da vigilância sanitária. Essa importância se deve à lei n. 6.437/77, que, ao instruir o processo administrativo dos bens e serviços sujeitos à vigilância sanitária, condiciona a apuração de agravos à saúde envolvendo produtos à apreensão de amostras para avaliação laboratorial. Significa dizer que produtos alterados, adulterados ou impróprios para o uso só serão recolhidos e inutilizados mediante um laudo laboratorial (Silva *et al*., 2010). Recente Censo Nacional dos Trabalhadores dos Laboratórios de Vigilância Sanitária (Ramos, Gemal & Costa, 2010) identificou, além dos 27 laboratórios estaduais – os Lacen estaduais dispostos em cada uma das unidades da federação – e do federal, o INCQS/Fiocruz, 36 laboratórios regionais e oito municipais. As condições estruturantes nos estados variam enormemente. São exemplos os laboratórios de São Paulo com mais de duzentos analistas, e o Lacen do Maranhão, com apenas um.

O **Censo Nacional dos Trabalhadores dos Laboratórios de Vigilância Sanitária** registrou a existência de 1.777 trabalhadores na totalidade dos 72 laboratórios de Saúde Pública que exercem alguma atividade em vigilância sanitária (Ramos, Gemal & Costa, 2010).

O INCQS/Fiocruz atua como órgão de referência nacional para as questões tecnológicas e normativas, relativas à avaliação da qualidade de insumos, produtos, ambientes e serviços vinculados à vigilância sanitária. É o laboratório com a maior capacidade analítica instalada no Brasil. Trabalhando exclusivamente para o SNVS e o Ministério da Saúde, atende aos programas especiais, analisando todos os imunobiológicos utilizados nos programas nacionais de imunização, os hemoderivados comercializados no país, os *kits* de diagnóstico para o vírus HIV etc.

A natureza multidisciplinar e intersetorial da vigilância sanitária, representada na Figura 2, exige que sua ação seja integrada com outros setores governamentais e da sociedade, uma vez que outros órgãos também exercem competências nessas áreas. São exemplos a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e os ministérios do Trabalho, do Meio Ambiente e da Agricultura. A circulação dos chamados 'bens de saúde' (medicamentos, alimentos, produtos médicos) tem também interfaces com os ministérios do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e o da Ciência, Tecnologia e Inovação. Mas como todos esses bens são de importância para a saúde, são igualmente de interesse direto ou indireto da vigilância sanitária. Além disso, a vigilância sanitária integra o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, o que torna necessária a ação conjunta com os órgãos de defesa do consumidor, o Poder Judiciário e as associações de consumidores/usuários. A vigilância sanitária do estado do Rio de Janeiro já realizou, por exemplo, inspeções sanitárias de serviços de hemodiálise em conjunto com a Associação de Pacientes Renais Crônicos (De Seta & Reis, 2009).

No capítulo 12, já foi apresentada a estrutura institucional e decisória do SUS. Cabe aqui apenas reforçar que o SNVS segue processo de pactuação no âmbito das Comissões Intergestores. A Comissão Tripartite conta com o Grupo Técnico em Vigilância da Saúde. O Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) possui a Câmara Técnica de Vigilância Sanitária, e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) conta com a assessoria do Núcleo Temático de Promoção e Vigilâncias em Saúde.

Como atua o SNVS: das práticas e competências

A vigilância sanitária, no seu papel de promoção e proteção da saúde, tem uma prática complexa e diversas atribuições. Ela deve zelar para que todos os passos envolvidos – desde o desenvolvimento de tecnologias até a circulação e o consumo e a prestação de serviços de interesse da saúde – se deem de acordo com a legislação sanitária pertinente. Sua atuação é fundamental para que os bens e produtos a serem ofertados à população sejam de qualidade.

A avaliação em saúde, que inclui, principalmente, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a avaliação de tecnologias em saúde, é, portanto, importante na vigilância sanitária (Pepe *et al.*, 2006; Conass, 2011). Na avaliação em saúde, podem ser encontrados os métodos e instrumentos que permitem à vigilância sanitária avaliar e monitorar bens e serviços sob sua responsabilidade quanto à sua qualidade final, entendida principalmente nas suas dimensões de eficácia, efetividade e segurança, considerando, inclusive, os efeitos de seu uso a longo prazo.

Eficácia, efetividade e segurança

No campo da avaliação em saúde, a eficácia refere-se aos benefícios alcançados nas condições ideais/experimentais; a efetividade, aos benefícios nas condições reais da prática; e a segurança, à ocorrência de efeitos adversos (Silva, 2003).

A complexidade da avaliação da vigilância sanitária vai depender da área de sua ação. A regulação dos medicamentos, por exemplo, inclui a formulação de normas sanitárias de todos os aspectos que possam comprometer a segurança ou a eficácia desse bem: do desenvolvimento ao uso, incluindo a propaganda veiculada para a população e os profissionais da saúde, o transporte e a venda pelas farmácias comerciais. Uma ação que atualmente se consolida é a de monitoramento dos eventos adversos que ocorrem após sua comercialização.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é responsável, dentre outras ações, por aprovar a realização de pesquisas clínicas, bem como analisar seus resultados. A Anvisa tem como função conceder anuência prévia para o patenteamento de produtos e processos farmacêuticos pelo Instituto Nacional de Propriedade Intelectual, analisando se esses pedidos atendem aos requisitos legais pertinentes. Essa atuação é importante por se relacionar diretamente ao acesso a esse importante bem de saúde, e é nacional e internacionalmente reconhecida por instituições do campo da saúde coletiva.

A decisão sobre a concessão (e seu cancelamento) do registro de medicamentos no Brasil é responsabilidade da Anvisa. Esta é uma atividade importante na proteção à saúde, pois define a oferta de medicamentos no mercado brasileiro. A tomada de decisão sobre registrar ou não leva em conta a avaliação da eficácia e da segurança demonstrada nas pesquisas clínicas. Nesse momento, é também avaliada a informação a ser veiculada na embalagem e na bula.

Na regulação da produção de medicamentos e seus insumos pelas indústrias farmacêuticas, participam principalmente a esfera estadual da vigilância sanitária, quando a produção é nacional, e a Anvisa quando se trata da importação desses bens, por meio de seu Programa de Inspeções Internacionais. Os produtores devem seguir as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos, que se constituem em um conjunto de normas mínimas que estabelecem

padrões a serem seguidos de forma a satisfazer aos critérios de qualidade estabelecidos. As Boas Práticas são também importantes no que diz respeito a outras atividades relacionadas aos medicamentos, como comercialização, dispensação, transporte e armazenamento. Elas também são utilizadas na regulação de outros bens e produtos relacionados à saúde, como alimentos, sangue e cosméticos.

A vigilância sanitária, especialmente em suas esferas municipal e estadual, regula os estabelecimentos de distribuição (distribuidoras), transporte (transportadoras), comércio/dispensação (ex.: farmácias e drogarias privadas, farmácias hospitalares, farmácias de manipulação, farmácias públicas). Muitas são as normas emanadas da vigilância sanitária para a regulação dessas atividades.

A ocorrência de agravos/danos à saúde, possivelmente associados ao uso de medicamentos, desencadeia um processo de investigação que será mais ou menos complexo dependendo da situação. A suspeita de desvio de qualidade do medicamento é geralmente acompanhada de uma interdição cautelar e da coleta e análise do medicamento suspeito na rede de laboratório público de controle de qualidade em saúde. Alguns casos de fraudes, acompanhadas de morte, como o ocorrido com um contraste radiológico em 2003, mobilizam diferentes esferas e serviços de vigilância sanitária, tanto na investigação como na tomada de decisão sobre o controle da fonte de agravo/dano.

Após o registro de um medicamento, assim como de qualquer outra tecnologia, a vigilância sanitária atua no sentido de verificar se os processos envolvidos em seu ciclo de vida estão sendo realizados com qualidade e se o medicamento possui efetividade e segurança. A vigilância sanitária dispõe de programas de monitoramento e participa de iniciativas conjuntas com outras áreas da saúde. Alguns deles são:

1) Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos (Proveme), que desde 2004 analisa a qualidade laboratorial de amostras de medicamentos com importância sanitária, de forma planejada;

2) Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), sendo a Anvisa responsável pela elaboração do *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde* e do *Boletim Saúde e Economia*;

3) A Anvisa pertence ao colegiado da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec), que é responsável por receber as propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias no SUS e participar na revisão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

O Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Nuvig/Anvisa) coordena o Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos e de Queixas Técnicas dos Produtos sob Vigilância Sanitária (Vigipós), bem como a gestão do Sistema Nacional de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa). O Vigipós volta-se para a avaliação da segurança e da qualidade dos distintos objetos sob regulação da Vigilância Sanitária, sendo importante no estabelecimento da avaliação da efetividade dos bens e produtos de saúde, uma vez que pode verificar, além dos eventos adversos advindo de seu uso após o registro, os benefícios obtidos com sua utilização na vida real e não mais em situação contro-

lada. Essas notificações são investigadas pela Anvisa, por estados e municípios, subsidiando a tomada de decisão pelo SNVS, que pode ser desde a emissão de alerta para profissionais de saúde e para a população até o cancelamento de registro de um produto. Assim é que a Anvisa, em 2008, divulgou 51 alertas sobre diferentes produtos para a saúde. Ela também cancelou, no mesmo ano, por exemplo, o registro de um anti-inflamatório (lumiracoxibe) por aumento de notificação de eventos adversos hepáticos. Medicamentos, vacinas, produtos para saúde, hemocomponentes, cosméticos, produtos de limpeza e agrotóxicos são alguns dos produtos cujos eventos adversos podem ser notificados (Anvisa, 2009).

Na regulação de alimentos, a ação depende do tipo de produto (*in natura*, artesanal ou industrial) e do público-alvo (recém-nascidos, crianças, idosos, diabéticos etc.). De modo geral, além das especificidades de cada grupo, a vigilância sanitária regula todas as questões que envolvam a segurança desse bem, como as boas práticas de fabricação, transporte e manipulação, os possíveis contaminantes químicos ou biológicos (os organismos geneticamente modificados), os corantes, os conservantes, os edulcorantes etc.

Uma importante particularidade da vigilância sanitária de alimentos é a atuação fortemente articulada com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, que regula a maior parte dos produtos *in natura* até a distribuição, ficando a Vigilância Sanitária responsável pela regulação da comercialização desses produtos. Nos serviços que preparam, fracionam, manipulam e transportam alimentos, é necessária a implantação do sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC), que visa a identificar e controlar os pontos do processo de preparo e manipulação que podem ser de maior risco na veiculação de doenças pelos alimentos.

A vigilância sanitária participa de alguns programas de monitoramento ligados aos alimentos, como por exemplo:

1) Programa Nacional de Monitoramento da Prevalência e da Resistência Bacteriana em Frango (Prebaf);
2) Programa de Análise de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal (PAMVet);
3) Centro Integrado de Monitoramento da Qualidade dos Alimentos (CQuali Leite);
4) Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos nos Alimentos (PARA);
5) Rede de Comunicação de Vigilância Sanitária em Investigação de Doenças Transmitidas por Alimentos (RCVisa).

A avaliação laboratorial exercida pela vigilância sanitária, por sua vez, é de complexidade distinta, pois requer domínio das técnicas analíticas e condições estruturais específicas para avaliar todo bem de interesse à saúde. Os desafios são numerosos: seja pela diversidade, pela especificidade e pelo custo dos ensaios laboratoriais no interior de cada grupo de produtos, seja pela capacidade investigativa de qualquer evento inusitado de agravo à saúde, inclusive as fraudes ou adulterações de produtos. A atividade de avaliação de riscos tecnológicos em saúde, exercida pelos laboratórios oficiais, necessita de permanente qualificação e adequação dos recursos humanos em uma área de alta tecnologia e extremamente dinâmica, pois se trabalha com o que o mercado de uma economia capitalista globalizada disponibiliza ao consumo.

Nos serviços de saúde e de interesse da saúde, a vigilância sanitária tem como alguns dos principais objetivos monitorar a qualidade de tecnologias diagnósticas e terapêuticas utilizadas e avaliar a qualidade da atenção prestada, considerando todos os processos neles realizados: desde os mais simples aos mais complexos, como alimentação, higiene, assistência farmacêutica, hemodiálise, nutrição parenteral, radioterapia, hemoterapia, transplantes etc.

Trata-se de uma área muito complexa, que tem como peculiaridades a necessária aprovação da planta física para a construção/reforma de serviços de saúde e o controle da infecção nos serviços de saúde. O controle de situações de surto em serviços de saúde demanda ações rápidas e bem direcionadas, com o objetivo principal de reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas. A investigação dos possíveis fatores de risco, fontes e causas dos surtos contribui para o entendimento da dinâmica de ocorrência desses eventos, orientando mudanças nas práticas assistenciais e regulamentações. Nos últimos anos, a vigilância sanitária tem atuado em algumas redes/programas:

1) Rede Nacional para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss);
2) Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde (Rede RM);
3) Sistema de Avaliação Externa da Qualidade em Serviços de Sorologia;
4) Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Serviços de Imuno-Hematologia.

Atuação da vigilância sanitária

- Definir padrão ‘mínimo’ de qualidade para cada uma de suas áreas de atuação, a ser seguido na produção de bens e na prestação de serviços de saúde.
- Elaborar e monitorar o cumprimento de normas sanitárias.
- Inspecionar e fiscalizar empresas produtoras de bens e serviços de saúde, estabelecimentos de comércio (farmácias, supermercados, distribuidoras, transportadoras) e estabelecimentos de interesse da saúde (creches, salões de beleza etc.).
- Autorizar a importação e a exportação de bens e produtos relacionados à saúde.
- Avaliar e monitorar a qualidade de tecnologias e de serviços de saúde.
- Investigar danos e agravos à saúde, sob planejamento ou em resposta a denúncias.
- Conceder (e retirar a concessão) de registro de produtos, licença e autorização de funcionamento de indústrias e estabelecimentos.
- Avaliar e classificar a infração sanitária e aplicar penalidades, tais como multa, interdição de estabelecimentos e produtos, apreensão de produtos, suspensão de produção, cancelamento de registro sanitário.
- Educar e informar os profissionais da saúde e a sociedade.
- Comunicar o risco à saúde para a população.
- Avaliar a efetividade e a suficiência das ações e seus instrumentos no monitoramento de fontes de agravo à saúde.
- Monitorar a propaganda de medicamentos no Brasil.

Inspeção sanitária

Pode ser entendida como um conjunto de atividades de cunho analítico realizado por autoridades sanitárias, objetivando que as empresas/serviços/estabelecimentos cumpram o disposto na legislação sanitária em vigor (Alves *et al.*, 2005).

A inspeção sanitária é uma atuação comum a praticamente todas as áreas da vigilância sanitária. Numa inspeção sanitária, por exemplo, podem-se identificar e avaliar possíveis fontes de agravo à saúde. A inspeção sanitária é uma antiga e importante atribuição da vigilância sanitária e tem como atividade complementar a fiscalização – que busca assegurar o cumprimento da legislação sanitária por todos os envolvidos nas atividades relacionadas à produção e circulação de bens e prestação de serviços de saúde (Alves *et al.*, 2005). Esta é uma atividade em geral realizada acompanhada de um roteiro de inspeção, que, baseado no conhecimento científico existente, constitui-se num instrumento que estabelece alguns parâmetros para avaliar os riscos à saúde (Alves *et al.*, 2005). Ele se constitui de itens a serem avaliados durante a inspeção e em geral define, inclusive, quais são os itens considerados imprescindíveis, necessários e recomendáveis.

A atitude do profissional da vigilância sanitária no final da inspeção industrial ou de um estabelecimento comercial já se constitui em uma gestão do risco sanitário. Ele poderá decidir, por exemplo, sobre a concessão ou não da licença ou autorização de funcionamento, a necessidade de interditar, parcial ou totalmente, um serviço, um estabelecimento ou um lote de produto. Essa atitude será certamente fruto de uma cadeia complexa de tomada de decisões – com base em uma rede de análises de informações, envolvendo o conhecimento técnico, a observação *in loco* e a avaliação do risco à saúde do(s) problema(s) observado(s) – que irá desencadear uma sequência de ações. O Quadro 1 procura mostrar alguns processos, relacionando-os com a gestão do risco. A identificação, a avaliação, a gestão e a comunicação do risco são feitas, além de sequencialmente, de forma concomitante, estando aqui separadas apenas de forma didática.

Considere-se um medicamento produzido no estado do Rio de Janeiro e consumido em todo o Brasil. Tendo sido realizado o fluxo normatizado, pode-se supor que a Anvisa foi responsável por conceder o registro desse medicamento, após avaliação do benefício e dos riscos de seu uso. São avaliados, então, os procedimentos estabelecidos na legislação específica referente à concessão de registro: os estudos sobre a segurança e a eficácia do produto, os estudos de estabilidade para determinação do prazo de validade e da embalagem, a proposta da apresentação comercial, a bula, a metodologia para o controle de qualidade do produto acabado, a descrição do processo de produção, seu nome comercial, a regulação da importação e a qualidade da matéria-prima etc.

A ocasião do registro é, portanto, a de uma avaliação de tecnologia e constitui um dos principais momentos de promoção e proteção da saúde. Estando concedido o registro, ele passa a ser produzido em uma empresa e utilizado em grande escala por todo o país. A empresa produtora foi inspecionada pela vigilância sanitária do estado do Rio de Janeiro, local onde ela se instalou, que lhe concedeu uma licença para a produção do medicamento. Essa primeira avaliação informa que a empresa tem todas as condições para efetuar a produção desse medicamento de forma a garantir sua qualidade. A Anvisa concede à empresa a autorização de funcionamento, que permite a circulação do medicamento por todo o território nacional.

Quadro 1 – Gestão do risco sanitário e atribuições da vigilância sanitária (Visa) considerando seus diferentes órgãos e esferas de governo

Atribuições da Visa considerando a gestão do risco	Atividades	Órgão/esfera de governo do SNVS
Identificação e avaliação do risco		
Investigação	Avaliação de pesquisas/ensaios clínicos	Anvisa
	Identificação de viajantes portadores de doenças transmissíveis	Anvisa/Laboratórios Centrais de Saúde Pública
	Investigação de surtos alimentares, eventos adversos, danos e agravos à saúde por uso de bens ou consumo de serviços de saúde	Anvisa, Visa estadual e municipal/ Laboratórios Centrais de Saúde Pública
	Investigação toxicológica	Anvisa, Visa estadual e municipal/ Laboratórios Centrais de Saúde Pública
Monitoramento	Programa de avaliação de qualidade laboratorial de bens (medicamentos, alimentos, vacinas e imunobiológicos, produtos de saúde)	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais
	Avaliação pós-comercialização de tecnologias médicas (farmacovigilância, hemovigilância, equipamentos médicos)	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais
	Qualidade dos serviços de saúde (hospitais, consultórios, centros de saúde, ambulatórios, serviços diagnósticos)	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais
	Qualidade da água para consumo humano	Visa estadual e municipal
	Presença de agrotóxico nos alimentos	Anvisa
Pesquisa e desenvolvimento tecnológico	Identificação de padrões	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais
Inspeção sanitária	Avaliação da qualidade de serviços de interesse da saúde, de fábricas de bens e de estabelecimentos de comercialização de bens de saúde após início de funcionamento	Anvisa (inspeções internacionais), Visa, estadual e municipal
Gerenciamento do risco		
Normatização	Elaboração e publicação de normas	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais
Articulação intrassetorial	Ação conjunta com órgãos pertencentes ao setor saúde	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais
Articulação intersetorial	Ação conjunta com órgãos não pertencentes ao setor saúde	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais*
Classificação da infração sanitária e aplicação das sanções	Avaliação da gravidade da infração, intimação para a superação dos desvios encontrados e aplicação de penalidade correspondente (multa, interdição, suspensão de licença sanitária, cancelamento de registro etc.)	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen
Concessão (ou não) de registro sanitário	Tomada de decisão após a avaliação tecnológica de bens de saúde	Anvisa, Visa municipal e estadual (na área de alimentos)
Concessão de licença sanitária de empresas produtoras e estabelecimentos de comércio/ prestação de serviços	Avaliação da qualidade de serviços de saúde e de interesse da saúde, de fábricas de bens e de estabelecimentos de comercialização de bens de saúde para início de funcionamento no local	Visa estadual (empresas produtoras de medicamentos, hospitais, serviços de alta complexidade) e municipal (centros de saúde, serviços de baixa complexidade)
Concessão de autorização de funcionamento de empresas	Avaliação da qualidade de empresas produtoras, válida para todo o território nacional	Anvisa

Quadro 1 – Gestão do risco sanitário e atribuições da vigilância sanitária considerando seus diferentes órgãos e esferas de governo (cont.)

Atribuições da Visa considerando a gestão do risco	Atividades	Órgão/esfera de governo do SNVS
Comunicação do risco		
Produção e difusão de informação de saúde	Comunicação em saúde sobre temas de interesse da vigilância sanitária	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais
	Comunicação de agravos e danos oriundos do consumo de bens e serviços de áreas de atuação	Anvisa, Visa estadual e municipal, INCQS e Lacen estaduais

* Caberá a cada um a articulação com órgão/setores de sua esfera de governo ou das demais esferas. Assim, por exemplo, a Anvisa necessita se articular com o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação, e a Visa estadual com a Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia.

Por se tratar de medicamento que exige certo grau de especialização, geralmente cabe à vigilância sanitária estadual monitorar a qualidade desse produto e avaliar periodicamente, por meio de inspeções regulares, se a produção segue as normas e os padrões por ela estabelecidos. No caso de haver alguma suspeita de problemas com a qualidade do produto, seja por denúncia, seja pela identificação por meio do monitoramento após a comercialização, a vigilância sanitária estadual faz uma inspeção, verifica como está a produção e investiga possíveis causas relacionadas aos problemas detectados. Confirmado que realmente há problemas, cabe a ela comunicar o fato à sociedade. Além disso, deve tomar a decisão do que fazer para evitar danos e agravos à saúde, ou seja, como gerenciar o risco.

Para sua decisão, além da inspeção na linha de produção, a vigilância sanitária estadual coleta amostra do medicamento, que é analisada pelo laboratório de controle de qualidade. O laboratório emite um laudo oficial, satisfatório ou insatisfatório, e, de posse dele, a vigilância sanitária estadual decide a atitude a tomar.

Em caso de laudo satisfatório, libera o medicamento e a empresa continua produzindo; em caso de laudo insatisfatório, dependendo da avaliação da gravidade do problema, a Visa estadual deve decidir o que fazer. Comunica à empresa que ela deve recolher o medicamento, e esse recolhimento é acompanhado pelas vigilâncias municipais. Comunica a irregularidade também à Anvisa e às demais vigilâncias sanitárias estaduais.

Dependendo da gravidade, da história anterior da empresa e do medicamento em questão, várias decisões podem ser tomadas, desde o recolhimento do produto ao cancelamento de seu registro; desde a intimação ou multa da empresa até o cancelamento de sua licença/autorização de funcionamento. Supondo-se que o problema tenha ocorrido com pacientes que obtiveram o medicamento numa farmácia de centro de saúde de um grande município de outro estado da federação, supondo-se ainda que a inspeção da empresa produtora, no Rio de Janeiro, não identificou qualquer irregularidade na produção, cabe à vigilância municipal investigar se houve algum problema na distribuição ou no armazenamento do medicamento no local onde ocorreu o dano. Ou seja, se a distribuidora e a farmácia estão seguindo a legislação sanitária e agindo de forma a manter a qualidade do medicamento produzido. Se houver algum problema, cabe à vigilância sanitária municipal avaliar o risco e tomar a decisão necessária para que não haja mais casos locais.

Para refletir

Você reconhece ações de vigilância sanitária desenvolvidas em seu município? Tendo por base as etapas de gestão do risco sanitário e as ações da vigilância sanitária atribuídas à vigilância sanitária municipal, busque identificar aquelas realizadas em seu município e os órgãos públicos responsáveis.

O SNVS, instituído no âmbito do SUS, padece de problemas comuns às demais áreas do SUS e de problemas específicos de seu campo de atuação. Embora formalmente instituído, o SNVS ainda carece de uma estruturação que lhe torne mais efetivo em suas ações (De Seta & Reis, 2009).

Mais especificamente na esfera municipal da vigilância sanitária, Piovesan e colaboradores. (2005) citam como dificuldades enfrentadas a indefinição das atribuições entre as instâncias de governo, a abordagem fragmentada do campo de atuação, a frágil articulação intra e interinstitucional, a interferência político-partidária, a falta de apoio político e a desmobilização e desinformação da sociedade.

Lucchese (2008) agrega a essas dificuldades a fragilidade dos Lacen. Ainda que de fundamental importância para a finalização das ações de caráter fiscalizadoras da vigilância sanitária, os Lacen têm dificuldades para a realização das ações laboratoriais: falta de padrões, de métodos analíticos, de equipamentos e de pessoal. Essa fragilidade é considerada, pelo autor, como um dos nós críticos do SNVS.

O Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, realizado em 2004, informa que, dos municípios pesquisados, 13,4% não possuíam nenhum profissional de vigilância sanitária. Além disso, demonstrou disparidades regionais importantes, maior contingente de profissionais de nível médio e elementar (67%) do que de nível superior, e cerca da metade (59%) com apenas até cinco anos de trabalho na vigilância sanitária (Lima, Reis & Gondim, 2004). Pela natureza da ação da vigilância sanitária, pode-se compreender que a existência de uma equipe multidisciplinar, com investidura pública, com consciência do seu papel na sociedade e qualificada para o exercício de sua função, é condição fundamental para a melhor efetividade do SNVS e do SUS como um todo. Constitui-se importante desafio a formulação de uma política de recursos humanos que contemple o aumento, a diversificação, a qualificação da força de trabalho e a estabilidade profissional nas três esferas de governo (De Seta & Reis, 2009).

A 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária apontou para a inexistência de um sistema de informação em vigilância sanitária articulado com os diversos sistemas de informação em saúde.

A construção do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária (Sinavisa), proposto há algum tempo, ainda está sem implementação, assim como a elaboração de cadastros municipais e estaduais tem sido uma das prioridades para o SNVS, já que, como prática avaliativa, precisa de sistemas de informação fidedignos que lhe indiquem o universo de sua atuação e, também, que o informem sobre os efeitos na saúde decorrentes do uso de tecnologias e serviços.

Além de não possuir ainda sistemas de informação específicos, é precária a utilização dos sistemas de informação de caráter nacional já existentes no Brasil e que podem auxiliar no monitoramento da qualidade dos serviços de saúde e na identificação dos eventos adver-

sos por uso de medicamentos e outras tecnologias. Assim, como nas demais áreas da saúde coletiva, a vigilância sanitária necessita aperfeiçoar os sistemas de informação, incentivar o relacionamento entre as bases e desenvolver sistemas específicos que auxiliem na gestão e na tomada de decisões (De Seta & Reis, 2009).

Um aspecto bastante específico da vigilância sanitária diz respeito ao seu processo de descentralização, que, embora seja uma importante diretriz do SUS desde a lei n. 8.080/90, vem se dando de forma diferenciada quando se trata da vigilância sanitária. Na vigilância sanitária, o processo de descentralização foi mais tardio e vem ocorrendo mais lentamente. Há variações locais que dependem do porte do município/estado, da forma organizacional e da estrutura de cada secretaria de Saúde, da importância que a promoção/proteção da saúde tem na cultura local, da organização da sociedade civil e da participação social nas definições das políticas de saúde, por meio dos conselhos de Saúde. Dessa forma, ainda constitui-se um desafio fazer do SNVS um sistema cooperativo e equitativo, com maior integração intra e extrassetorial.

Ao se pensar a vigilância sanitária como prática social, torna-se também necessário que os diversos atores sociais sejam sujeitos de seus processos, o que ainda não é uma realidade. Além da precarização das relações de trabalho, ainda é frágil a participação da sociedade, e o tema pouco faz parte das pautas de discussão nos conselhos de Saúde nas diferentes esferas (Lucchese, 2008).

Assim, representa um desafio a inclusão, como sujeitos da vigilância sanitária, dos demais atores sociais: cidadãos, consumidores e trabalhadores. Por sua natureza de ação, a vigilância sanitária exige maior capacidade de intervenção do Estado na busca da diminuição de desigualdades, na melhoria da qualidade de vida e na construção da cidadania. As contradições que marcam as relações entre capital e trabalho e produção e consumo permeiam as grandes questões, tais como as concepções de desenvolvimento e as relações de força que se estabelecem entre quem produz, visando ao lucro individual, e quem regula, visando ao bem social. Para além dos tradicionais determinantes de saúde, trata-se de lidar com os determinantes socioambientais, com a organização do Estado e a implementação de suas políticas públicas, especialmente as políticas sociais, no mundo globalizado (De Seta & Reis, 2009).

Leituras recomendadas

COSTA, E. A. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 1999.

DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. & O'DWYER, G. (Orgs.) *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SOUTO, A. C. *Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil (1976-1994)*. São Paulo: Sobravime, 2004.

Sites de interesse

Agência Nacional de Vigilância Sanitária: www.anvisa.gov.br

Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania: www.ccs.saude.gov.br/visa/historia1.html

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Relatório de Atividades 2008 Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Relatório da Avaliação Sanitária dos Serviços de Hemoterapia*, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/484c8b804bde3a908847d9bc0f9d5b29/relat%C3%B3rio+(2).pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 27 set. 2012.

ALVES, M. G. H. *et al*. Vigilância Sanitária: a inspeção sanitária – uma tecnologia a serviço da saúde. *In*: ALVES, M. G. H. (Org.) *Vigilância Sanitária: principais tecnologias de intervenção*. Salvador: Divisa/Opas, 2005.

BARBOSA, P. & REZENDE, C. B. *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, e Especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. v. I.

BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE (BVS). *Descritores em Ciências da Saúde*. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Risco%20Sanit%E1rio>. Acesso em: 17 jul. 2011.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define como Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. *Diário Oficial União*, 11 fev. 1999. p. 1.

BRASIL. Relatório final. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1, 2001, Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 28 set. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Axm1x3hXV0YJ:www.cff.org.br/pagina.php%3Fid%3D138%26titulo%3DEstabelecimentos%2Bfarmac%C3%AAuticos%2Bno%2BBrasil+n%C3%BAmero+farm%C3%A1cias&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a&source=www.google.com.br>. Acesso em: 18 jul. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Vigilância em Saúde*. Brasília: Conass, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 6, II).

COSTA, E. A. & ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. *In*: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CZERESNIA, D. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. *In*: COSTA, E. A. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA, 2008.

DE PLÁCIDO E SILVA, O. J. *Vocabulário Jurídico*. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

DE SETA, M. H. & REIS, L. G. C. As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e de serviços de saúde. *In*: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V. & MENDES JR., W. V. (Orgs.) *Qualificação de Gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

EDUARDO, M. B. P. (com a colaboração de MIRANDA, I. C. S.) *Vigilância Sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 8. (Série Saúde & Cidadania).

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FREITAS, C. M. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. *In*: COSTA, E. A. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA, 2008.

GADELHA, C. (Coord.) *Perspectivas do Investimento em Saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Economia, 2009. Relatório integrante da pesquisa "Perspectivas do Investimento no Brasil", em parceria com o Instituto de Economia da Unicamp, BNDES. Disponível em: <www.projetopib.org/?p=documentos>. Acesso em: set. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LAPORTE, J. R. & TOGNONI, G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. *In*: LAPORTE, J. R. & TOGNONI, G. (Eds.) *Principios de Epidemiología del Medicamento*. 2. ed. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

LEE, P. R. & HERZSTEIN, I. International drug regulation. *Annual Review of Public Health*, 7: 217-235, 1986.

LIEBER, R. R. & ROMANO-LIEBER, N. S. O conceito de risco: Janus reinventado. *In*: MINAYO, M. C. S. & MIRANDA, A. C. (Orgs.) *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando os nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2002.

LUCCHESE, G. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil, 2008*. Brasília. Anvisa, 2008.

MACHADO, R. *et al*. *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estabelecendo um Diálogo sobre Riscos de Campos Eletromagnéticos*. Genebra: Departamento de Proteção do Ambiente Humano/OMS, 2002.

PEPE, V. L. E. *et al*. Avaliação em saúde e vigilância sanitária: conceitos, estratégias e metodologias. *In*: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. & O'DWYER, G. (Orgs.) *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PIOVESAN, M. F. & LABRA, M. E. Mudança institucional e processo de decisão política: a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6): 1.373-1.382, 2007.

PIOVESAN, M. F. *et al*. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1): 83-95, 2005.

PORTO, M. F. S. *Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

PORTO, M. F. S. & FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2): S59-S72, 1997.

RAMOS, L.; GEMAL, A. L. & COSTA, E. A. *Censo Nacional dos Trabalhadores dos Laboratórios de Vigilância Sanitária*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1b19ff8047458f299851dc3fbc4c6735/censo+dcvisa.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 9 jul. 2011.

REIS, L. G C.; GONDIM, G. M. M. & LIMA, L. C. W. *Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/publicacao.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2012.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Hucitec, Abrasco, 1994.

SILVA, A. C. P. O laboratório oficial na avaliação analítica. *In*: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SILVA, A. C. P. *et al*. Desafios para a rede nacional de laboratórios de vigilância sanitária: o caso dos medicamentos manipulados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.3): 3.371-3.380, 2010.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 501-520, 2003.

VECINA NETO, G.; MARQUES, M. C. C. & FIGUEIREDO, A. M. Vigilância sanitária no Brasil. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

Parte V

Temas Relevantes em Políticas e Sistemas de Saúde

24. Bioética

Volnei Garrafa

A bioética completou quarenta anos de existência como um novo território do conhecimento, como uma disciplina autônoma. No princípio, seu foco de preocupação foi direcionado preferencialmente para os campos da relação profissional-paciente e da pesquisa com seres humanos. Com o passar dos anos, esse horizonte de atuação foi gradualmente ampliado. Neste início do século XXI, justificando sua inclusão na temática de um livro que trata de políticas e sistema de saúde, alcançou uma relação formal e concreta com as áreas social e sanitária. O objeto deste capítulo é analisar, a partir de um breve histórico da bioética e de sua fundamentação epistemológica redesenhada nos últimos anos, pontos de possível relação, apoio e diálogo entre o atual quadro de desenvolvimento sanitário brasileiro e esta nova disciplina.

Epistemologia
Teoria da ciência ou, melhor dizendo, estudo crítico de princípios, hipóteses e resultados das ciências já constituídas, cujo valor e alcance dos objetivos se pretende alcançar.

Conceito e breve histórico da bioética

A compreensão do conceito de bioética pode variar de um contexto para outro, de uma nação para outra e até entre diferentes estudiosos do assunto dentro de um mesmo país. No início dos anos 70, no seu alvorecer, foi concebida como uma nova maneira de perceber e encarar o mundo e a vida a partir da ética. Incorporava conceitos mais amplos na interpretação de qualidade da vida humana, incluindo, além das questões biomédicas propriamente ditas, temas como o respeito ao meio ambiente e ao próprio ecossistema como um todo.

O neologismo 'bioética' foi introduzido pelo cancerologista estadunidense Van Rensselaer Potter, inicialmente em artigo publicado em uma revista de Nova York (Potter, 1970) e, logo depois, no livro que se confunde com a própria gênese da área, *Bioethics: bridge to the future* (Potter, 1971). Mais recentemente, alguns estudiosos europeus resgataram um texto isolado escrito em 1927 pelo pastor protestante alemão Fritz Jahr, no qual era mencionada a palavra bioética. Contudo, no contexto acadêmico mundial não paira dúvida que a paternidade da ideia de bioética, com sua fundamentação atualmente seguida, cabe a Potter, um pesquisador de reconhecido renome internacional que presidiu durante vários anos o National Cancer Institute dos Estados Unidos.

Apesar de ser apresentada por um conjunto de ideias relativamente homogêneas, são variados, até hoje, os conceitos propostos para a bioética. A primeira enciclopédia publicada sobre o assunto a definiu como "o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais" (Reich, 1978: XIX). Nos anos 90 alguns filósofos italianos, como Maurizio Mori e Francesco Bellino, a conceituaram, respectivamente, como "um novo movimento cultural" e um "novo território do saber".

De qualquer modo, o que motivou Potter a propor "uma ciência para a sobrevivência humana" foi sua apreensão com o acelerado processo científico e tecnológico experimentado no mundo após a Segunda Guerra Mundial. Para ele, assim como para outros pesquisadores, era preocupante a constatação de que o homem tinha adquirido poderes não só para criar novas formas de vida, como também para destruir o próprio planeta.

Mais recentemente, as acirradas discussões sobre a construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos desenvolvidas em Paris (Unesco, 2005) não conseguiram chegar a qualquer conclusão sobre o Artigo 1 das 'Disposições Gerais' do documento cujo título era exatamente 'Conceito de Bioética'. Diante da absoluta impossibilidade de estabelecer um consenso, os delegados dos 191 países participantes decidiram por não incluir o conceito no documento. Na oportunidade, abriu-se uma das discussões mais complexas registrada no contexto hodierno da bioética, com posições polarizadas entre as nações mais desenvolvidas, que defendiam uma fundamentação universal para a bioética, e as nações pobres e em desenvolvimento (principalmente da América Latina, África, Oriente Médio e Ásia), que lutavam pela necessidade de que fossem respeitadas as peculiaridades culturais de cada país ou região do planeta. Estas duas posições, que até podem conviver conjuntamente por meio de diálogos construtivos, tolerantes e bilaterais, são denominadas, respectivamente, de universalismo ético e pluralismo histórico, temas abordados mais adiante ainda neste capítulo.

De todo modo, adotada imediatamente por alguns institutos estadunidenses, a bioética sofreu, já em 1971, uma significativa redução da ampla concepção apresentada originalmente por Potter no âmbito biomédico (Durand, 2003). Foi com esta roupagem que ela acabou difundida pelo mundo a partir dos Estados Unidos: uma bioética anglo-saxônica, com preferencial conotação individualista, cuja base principal de sustentação repousava sobre a autonomia dos sujeitos sociais. Esta foi, fundamentalmente, a concepção que acabou divulgando a bioética no cenário internacional a partir dos anos 70 e durante década seguinte, tornando-a conhecida e consolidada por todo o mundo nos anos 90.

A bioética faz parte das chamadas éticas aplicadas, as quais, por sua vez, estão incluídas no campo da filosofia moral (Singer, 2002). Incorpora a ética biomédica, mas não se limita a ela, estendendo seu conceito além dos limites tradicionais que tratam dos problemas deontológicos decorrentes das relações entre os profissionais da saúde e seus pacientes. Apesar de a conceitualização da jovem bioética estar em constante evolução até hoje, ela não significa apenas uma moral do bem e do mal ou um saber acadêmico a ser transmitido e aplicado diretamente na realidade concreta, como as ciências biomédicas, jurídicas ou sociais, por exemplo. Tendo como uma de suas bases de sustentação conceitual o respeito ao pluralismo moral, incorpora a legitimidade das tomadas de posição frente a conflitos éticos, em detrimento de posturas jurídico-legalistas ou decisões ancoradas em absolutos morais religiosos.

Ética aplicada

Refere-se à necessidade de a filosofia (e a ética) dar respostas concretas aos conflitos, indo além da teoria, das abstrações e do maniqueísmo entre temas como bem/mal, certo/errado, justo/injusto. A ética prática ou aplicada ressurge a partir dos anos 60, com três campos: a ética dos negócios, a ética ambiental (ecologia) e a bioética.

Ética biomédica

Também denominada deontologia. Refere-se, no presente contexto, à chamada ética profissional que pauta os códigos éticos das diferentes profissões biomédicas. É direcionada preferencialmente para os deveres e as obrigações morais dos participantes de uma determinada comunidade profissional da área biomédica.

Pluralismo moral

Situação constatada nas sociedades secularizadas contemporâneas, com coexistência de grupos de pessoas de posições morais diversas e independentes de outros grupos. O respeito ao pluralismo moral significa a capacidade de 'estranhos morais' conviverem pacificamente com base no referencial da tolerância. Trata-se, ainda, de requisito indispensável na composição de comitês multidisciplinares e no próprio diálogo bioético.

Existe muita controvérsia nos meios acadêmicos sobre o sentido das palavras moral e ética. 'Ética' deriva do grego *ethos*, que significa 'modo de ser' ou 'caráter', com sentido similar a 'forma(s) de vida(s) adquirida(s) pelo homem'. Já o termo 'moral' se origina do latim *mos* ou *mores*, que quer dizer 'alguma coisa que seja habitual para um povo'. As duas, portanto, têm o mesmo significado. Quando o direito foi criado na Roma Antiga, os legisladores construíram as leis da época com base em situações concretas que mais se aproximassem do *mores* vigente, ou seja, dos costumes e formas habituais dos cidadãos e comunidades procederem cotidianamente na vida em sociedade. Como os romanos não encontraram uma tradução que lhes fosse inteiramente satisfatória para o *ethos*, utilizaram de forma generalizada *o mores*, que em português é traduzido por moral.

Resumindo, se, por um lado, o significado etimológico de ética e moral é similar; por outro, existe uma diferença historicamente determinada entre ambas as expressões. A moral romana é uma espécie de tradução latina de ética, que acabou adquirindo uma conotação formal e imperativa, direcionada ao aspecto jurídico e não ao natural, a partir da antiga polarização verificada entre o 'bem' e o 'mal'. Para os gregos, o *ethos* significava o conjunto de comportamentos e hábitos constitutivos de uma verdadeira 'segunda natureza' do homem. Na obra histórica *Ética a Nicômaco*, Aristóteles (1992) interpreta a ética como a reflexão filosófica sobre o agir humano e suas finalidades. E é a partir dessa interpretação aristotélica que a ética passou a ser referida como uma espécie de 'ciência da moral'.

O desenvolvimento histórico da bioética pode ser estabelecido com base em quatro etapas ou momentos bem determinados:

1) Etapa da fundação – relacionada com os anos 70, quando os primeiros autores que sobre ela se debruçaram estabeleceram suas primeiras bases conceituais.

2) Etapa da expansão e consolidação – relacionada com os anos 80, quando se expandiu por todos os continentes por meio de eventos, livros e revistas científicas especializa-

das, principalmente a partir do estabelecimento do principialismo, a corrente bioética estadunidense baseada em quatro princípios pretensamente universais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Principialismo

É uma corrente hegemônica da bioética estadunidense, baseada em quatro princípios pretensamente universais, oriundos do *Relatório Belmont* (veja mais detalhes adiante): autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Trata-se da chamada bioética baseada em princípios ou bioética principialista.

A corrente principialista anglo-saxônica da bioética tornou o princípio da autonomia, na prática, uma espécie de 'superprincípio', hierarquicamente superior aos demais, deixando o princípio da justiça como mero coadjuvante: importante, mas adicional no contexto da teoria. O 'eu' do individualismo sufoca o 'nós' do coletivismo.

3) Etapa da revisão crítica – compreende o período posterior à década de 1990 até o início do século XXI. Caracteriza-se por dois movimentos:

   a) o surgimento de críticas ao principialismo, com consequente ampliação do seu campo de atuação a partir da constatação da existência de 'diferenças' entre os diversos atores sociais e culturas, espaço onde movimentos emergentes, como o feminismo e os de defesa dos negros e homossexuais, entre outros, adquiriram grande importância;

   b) a necessidade de se enfrentar de modo ético e concreto as questões sociais e sanitárias mais básicas, como a exclusão social ou a equidade no atendimento sanitário, conjuntamente à universalidade do acesso das pessoas aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico. Este último aspecto, extremamente atual, diz respeito à ética da responsabilidade pública do Estado diante dos cidadãos, no que se refere à priorização, à decisão, à alocação, à distribuição e ao controle de recursos financeiros direcionados às ações de saúde.

4) Etapa da ampliação conceitual – verificada após a homologação, em 19 de outubro de 2005, em Paris, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a qual, além de confirmar o caráter pluralista e multi-intertransdisciplinar da bioética, amplia sua agenda da temática preferencialmente biomédica-biotecnológica para os campos sanitário, social e ambiental (Garrafa, 2005).

Ampliação conceitual da bioética

Após as críticas constatadas com relação ao enfoque principialista da bioética no início dos anos 90, começa-se a verificar uma ampliação do horizonte de atuação da disciplina, que passa a incorporar, além dos temas biomédicos e biotecnológicos iniciais, as questões sociais, sanitárias e ambientais.

Multi-intertransdisciplinar: o que é isso?

Multidisciplinaridade – Também chamada de pluridisciplinaridade, refere-se ao estudo de um objeto de uma mesma e única disciplina por várias disciplinas ao mesmo tempo. Os conhecimentos de uma, no entanto, não interagem com os de outra. É mais estática.

Interdisciplinaridade – Intercâmbio de conhecimentos entre diferentes disciplinas. Refere-se à transferência de métodos de uma disciplina para outra, com existência de intercâmbio. É dinâmica.

Transdisciplinaridade – Todo conhecimento que está, ao mesmo tempo, entre as disciplinas, através das disciplinas e além de qualquer disciplina. Refere-se à unidade do conhecimento, é profundamente dinâmica e essencial à bioética. Tem relação com o 'salto' que se dá para além das disciplinas, a partir de ensinamentos das mesmas. É a síntese.

O aborto, tema frequente na agenda bioética, pode ser analisado isoladamente sob a ótica biomédica, jurídica, sociológica, religiosa ou outra (multidisciplinaridade). Quando a área jurídica, por exemplo, dialoga com as ciências biomédicas, com incorporação e aproveitamento do conteúdo de uma e outra área para uma tomada de decisão, está havendo interdisciplinaridade. Já a multidisciplinaridade significa a construção e a obtenção do resultado de um novo conhecimento, de uma nova ótica, de um outro 'olhar' sobre o assunto estudado (no caso, o aborto) a partir da utilização harmônica dos conhecimentos de várias e diferentes áreas ou disciplinas.

Criada a partir do *Relatório Belmont* e explicitada na primeira edição do livro *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp & Childress, 1979), a bioética principialista tomou como fundamento os quatro princípios básicos já mencionados, os quais passaram a constituir uma espécie de 'mantra', um instrumento acessível e tentadoramente prático para a análise dos conflitos surgidos no campo bioético. Como essa teoria foi construída a partir de uma cultura anglo-saxônica do mundo, o tema da autonomia terminou maximizado hierarquicamente com relação aos outros três, tornando-se uma espécie de superprincípio. Este fato contribuiu para que a visão individual dos conflitos passasse a ser aceita como a vertente decisiva para a resolução dos mesmos, o que nem sempre acontece (Selleti & Garrafa, 2005).

A autonomia é um referencial indispensável na análise das questões éticas contemporâneas. Introduzida por Kant na sua interpretação atual, em que o filósofo substituiu Deus pela razão, sua aplicação modificou praticamente todas as formas de relações interpessoais e o próprio trato do Estado democrático com cidadãos e usuários de seus serviços. No entanto, o que acontece no principialismo bioético é, muitas vezes, a interpretação da autonomia como individualidade, que se aproxima do individualismo – o qual, por sua vez, pode cair no egoísmo, visão exacerbada do 'eu', que tende a anular o 'nós' mesmo em situações públicas e coletivas. A fragilidade da utilização maximalista da autonomia está na possibilidade de esta ser direcionada a um individualismo extremado, que sufoca qualquer direcionamento inverso, coletivo, indispensável para o enfrentamento dos grandes problemas sociais, constatados especialmente nos países do hemisfério Sul.

Immanoel Kant

Filósofo alemão, viveu em Königsberg, Alemanha (antiga Prússia), entre 1724 e 1804. É autor de livros que até hoje fundamentam a ética moderna, entre eles: *Crítica da Razão Pura*, *Crítica da Razão Prática* e *A Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Este último é considerado uma das mais importantes obras já escritas sobre a moral. Kant é reconhecido por muitos autores como o verdadeiro introdutor do conceito de autonomia. Embora seguidor do protestantismo e crente em Deus, foi quem formalizou o conceito de 'liberdade de consciência', simbolizada pela maioridade do homem no pensar, com o fim de tutelas (inclusive divinas) e com o uso público da razão (Selleti & Garrafa, 2005).

Com a realização do IV Congresso Mundial de Bioética, da International Association of Bioethics, em Tóquio, Japão, em 1998, a bioética começou a percorrer outros caminhos, a partir do estabelecimento do tema oficial do evento, que foi Bioética global. No apagar das luzes do século XX, a disciplina passa gradativamente a expandir seu campo de estudo e ação das questões individuais para os temas coletivos, incluindo na discussão temas mais

Relatório Belmont

Documento elaborado por um grupo multidisciplinar de especialistas por solicitação do governo dos Estados Unidos, com o objetivo de criar novos referenciais no sentido de conter os abusos verificados naquele país com relação às pesquisas clínicas com seres humanos até os anos 70.

Bioética global

Enfoque da bioética que considera a ética da vida em seu mais amplo sentido, incorporando, além dos temas biomédicos e biotecnológicos diretamente inerentes ao ser humano, os temas ambientais e os relacionados com o próprio ecossistema planetário.

amplos relacionados com a qualidade da vida humana e outros assuntos, que até então apenas tangenciavam sua pauta. Entre outros, passa a priorizar a alocação de recursos em saúde, a exclusão social, a equidade, o racismo e outras formas de discriminação, as diferentes formas de vulnerabilidade, a finitude dos recursos naturais planetários e o equilíbrio do ecossistema.

Assim, além dos quatro princípios tradicionais mencionados, novos referenciais e critérios começaram a ser incorporados nos últimos anos por bioeticistas críticos em seus estudos e pesquisas: responsabilidade, cuidado, solidariedade, 'empoderamento', libertação, comprometimento, alteridade e tolerância, entre outros, além dos quatro 'Ps' para o exercício de uma prática bioética comprometida com os mais vulneráveis, com a coisa pública e com o equilíbrio ambiental e planetário do século XXI. São eles: 'prevenção' contra possíveis danos, 'proteção' dos mais frágeis, 'prudência' nos avanços e 'precaução' diante do desconhecido.

Para refletir
A bioética principialista dá conta de interpretar e propor soluções para os macroproblemas sociais e sanitários comuns aos países pobres e em desenvolvimento do mundo? Por quê?

Bases conceituais da bioética latino-americana

Em 2005, na Unesco, foi impossível criar um consenso para incluir na Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos uma definição universal de bioética. A conclusão a que se chegou, com um significado de vitória para os países pobres e em desenvolvimento que defendiam o respeito ao pluralismo histórico e aos contextos morais verificados nas diferentes culturas, foi que há uma impossibilidade de aplicação de princípios éticos universais, dada as diferentes visões morais de cada país ou região, decorrentes de realidades e culturas também variadas. O que existe, portanto, são bioéticas, no plural, e não uma única bioética. Isso, contudo, não significa a negação da existência de uma epistemologia da bioética, ou seja, não se nega a existência de bases conceituais, teóricas, de sustentação da disciplina.

Pluralismo histórico e contextualização
Com variadas realidades e culturas, é impossível ao mundo contemporâneo conviver com imperialismos éticos, ou seja, com a imposição de parâmetros morais pretensamente universais exportados verticalmente das culturas mais 'fortes' para as mais 'frágeis'. O respeito e a consideração de cada contexto específico, onde as situações, os problemas e os conflitos acontecem, são indispensáveis para o exercício de uma bioética cidadã, ou seja, de uma bioética politicamente comprometida com as necessidades e interesses das maiorias populacionais excluídas do processo de desenvolvimento societário.

Com base no conceito expandido que se pretende dar à disciplina, seus verdadeiros fundamentos estão assentados em interpretações e ações multi-intertransdisciplinares que incluem, além das ciências biomédicas, a filosofia, o direito e as ciências humanas.

Embora o objetivo deste capítulo seja mostrar um breve panorama introdutório e geral da bioética para os profissionais de diferentes carreiras que trabalham direta ou indiretamente com temas relacionados às políticas e ao sistema de saúde no Brasil, é indispensável reforçar que incorre em equívoco conceitual aquele que reduzir a bioética exclusivamente aos quatro princípios mencionados. Com 35 anos de existência, a especialidade já tem seu estatuto epistemológico assentado em sólidas bases teóricas de indispensável conhecimento e domínio por parte dos estudiosos interessados no assunto. De acordo com publicação recente da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética (Redbioética), da Unesco (Garrafa, Kottow & Saada, 2006), os referenciais conceituais de uma bioética comprometida com a realidade concreta dos países periféricos são:

1) A não universalidade das diferentes situações, com necessidade de contextualização dos problemas específicos em exame, dos respectivos referenciais culturais, religiosos, políticos, de preferência sexual etc.

2) O respeito ao pluralismo moral, a partir das visões morais diferenciadas sobre os mesmos assuntos e constatadas nas sociedades plurais e democráticas do século XXI.

3) A inequívoca aptidão da bioética para constituir um novo núcleo de conhecimento necessariamente multi-intertransdisciplinar.

4) A característica de ser uma ética aplicada, ou seja, originária da filosofia e comprometida em proporcionar respostas concretas aos conflitos que se apresentam.

5) A análise dos fatos a partir dos referenciais do pensamento complexo (Morin, 2001) ou da totalidade concreta (Kosik, 1976). Isso, contudo, não significa o simples somatório das partes de uma determinada situação, mas sua interpretação estruturada em rede, em que todos os conceitos e elementos se iluminam mutuamente, proporcionando uma noção mais harmônica e palpável de realidade a partir da religação de diferentes saberes.

Pensamento complexo ou complexidade

Paradigma proposto, entre outros autores, por Edgar Morin, que corresponde à religação de diferentes saberes. Segue na mesma direção da transdisciplinaridade, a qual contempla a propriedade de distinguir conhecimentos, respeitando os domínios disciplinares, mas impedindo o reducionismo. Trata-se de uma vertente teórica que dialoga com a imprevisibilidade e se sustenta no tetragrama da ordem e da desordem, da interação e da organização, como ferramentas de intercâmbio com a realidade sem, contudo, ambicionar conhecer o todo. Ambiciona, porém, aproximar-se dele. Um surto de hantavirose, doença transmitida pelos ratos silvestres, em uma cidade, poderá ser mais bem compreendido com o estudo de todas as variáveis biológicas (o rato), ambientais (a mata destruída que expulsou os animais para a cidade) e sociais (nível socioeducacional da população). O paradigma da complexidade auxilia na melhor compreensão de fenômenos multifatoriais como esse.

Totalidade concreta

Não é um mero conjunto de fatos. Trata-se da própria realidade como um todo estruturado, dinâmico e inter-relacionado, a partir do qual se pode compreender, racionalmente, qualquer fato (classe de fatos, conjunto de fatos etc.). Reunir simplesmente todos os fatos não significa conhecer a realidade, assim como todos os fatos, somados, não constituem a realidade. O paradigma da totalidade concreta permite a melhor compreensão de muitos quadros mórbidos, principalmente quando a causalidade da doença em foco extrapola o campo exclusivamente biológico, estendendo-se às razões sociais, econômicas, políticas e outras.

6) A necessidade de estruturação do discurso bioético, que deve ter como base a comunicação e a linguagem (para se manifestar), a argumentação (que deve primar pela homogeneidade e lógica), a coerência (na exposição das ideias) e a tolerância (relativa ao convívio pacífico diante de visões morais diferenciadas).

A bioética, como foi mencionado, é 'ética prática', 'aplicada'. Atualmente, este campo específico da filosofia, apesar de ainda contestado por muitos filósofos, tem sua utilização mais aperfeiçoada, mais acabada, exatamente com a bioética. Isso é, até certo ponto, natural, uma vez que os grandes dilemas que passaram a se apresentar às pessoas e coletividades, na vida cotidiana e na prática, principalmente nas últimas décadas, começaram a exigir respostas ou decisões geralmente imediatas e sempre concretas. Ao lado de problemas

historicamente persistentes relacionados com a pobreza e a exclusão social, entre outros, passaram a ser comuns os conflitos éticos ligados a temas de fronteiras do conhecimento. Podem-se citar as novas tecnologias reprodutivas, os transplantes de órgãos e tecidos humanos, as terapias gênicas e tantas outras situações que atingem, de certo modo, os limites, os confins da vida, e que dizem respeito ao mais íntimo da espécie humana e ao seu bem-estar e desenvolvimento futuro.

A rapidez dos avanços científicos e tecnológicos exigiu que as diversas áreas de saber envolvidas com os fenômenos direta ou indiretamente relacionados com o nascimento, a vida e a morte das pessoas se adequassem à nova realidade. A filosofia viu-se repentinamente obrigada a caminhar com agilidade compatível à evolução de conceitos e descobertas e com as consequentes mudanças que passaram a se verificar no cotidiano das pessoas e coletividades. Parâmetros morais secularmente estagnados começaram a ser questionados e transformados, gerando a necessidade de estabelecimento de novos referenciais éticos que, por sua vez, requerem da sociedade ordenamentos jurídicos também pertinentes à nova realidade. Ou seja, algumas referências morais intocáveis por muitos séculos – principalmente as de cunho conservador e/ou religioso, como as questões relacionadas com o início e o final da vida (o aborto e a eutanásia, por exemplo) – foram praticamente 'atropeladas' pela realidade dos fatos a partir dos anos 70.

A velocidade das descobertas, de certa forma, 'roubou' das sociedades humanas contemporâneas o tempo necessário e indispensável para o amadurecimento moral das respostas frente às 'novidades'. E é aí que surge a bioética, como uma nova ferramenta, um novo instrumento teórico e metodológico capacitado a proporcionar reflexões e respostas possíveis diante desses novos (e também dos antigos) dilemas morais.

Para refletir

Quais as diferenças entre a teoria principialista da bioética estadunidense e a proposta conceitual latino-americana da Redbioética/Unesco, no sentido do enfrentamento dos macroconflitos e dilemas relacionados com as políticas e o sistema de saúde em curso no Brasil?

Reflita sobre a seguinte situação: a Secretaria de Saúde de um pequeno município constata que o orçamento disponível é mínimo e permite apenas a implantação do programa anual de atenção primária (vacinação infantil, aleitamento materno, vigilância sanitária...), não sobrando recursos, por exemplo, para atender aos quatro pacientes da cidade que necessitam diálise renal para sobreviver.

Qual o procedimento que deve ser tomado com base na fundamentação bioética aqui apresentada? Cortar recursos da atenção primária e desviá-los para atenção aos quatro pacientes que necessitam se deslocar até uma cidade vizinha onde o atendimento é pago? Buscar uma forma adicional de resolver as duas situações? Nesse caso, qual? Como proceder eticamente diante de conflitos coletivos como este, relacionados com a priorização na alocação de recursos escassos ou insuficientes?

Bioética e saúde pública

Estão se tornando a cada dia mais frequentes e delicados os conflitos gerados entre a evolução do mundo, o progresso biomédico e os direitos humanos. Em alguns momentos, já tem sido rompido, muitas vezes de forma inescrupulosa, o frágil limite que separa essas situações. Cria-se, assim, uma série de distorções, como nas questões relacionadas com a ina-

cessibilidade das camadas mais pobres da população tanto aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico, como a bens básicos de consumo sanitário indispensáveis para uma vida digna. Incontáveis exemplos também acontecem no campo específico da saúde pública, em que recursos financeiros imprescindíveis para projetos que visam à sobrevivência de milhares de pessoas são frequentemente desviados, por políticos ou técnicos, para atividades de importância secundária, que não guardam qualquer relação com as finalidades originais dos referidos projetos (Berlinguer & Garrafa, 2001).

Todos estes variados temas, portanto, que vão desde os dilemas éticos enfrentados pelo administrador de saúde com relação à repartição de verbas insuficientes para atividades impostergáveis até problemas gerados pela aplicação universalizada de tecnologias de ponta, fazem parte do campo de estudo da bioética. E esta, em poucos anos de existência, ampliou substancialmente seu campo de estudo, ação e influência.

A discussão bioética surge para contribuir na procura por respostas equilibradas frente aos conflitos atuais e aos das próximas décadas. Já tendo sido sepultado o mito da neutralidade da ciência, requer abordagens pluralistas e transdisciplinares a partir de interpretações complexas, no sentido anteriormente exposto, da totalidade concreta que nos cerca, onde vivemos e onde os conflitos morais acontecem.

De acordo com esse contexto e objetivando melhor sistematização e compreensão de sua área de estudo e abrangência, a bioética pode ser classificada em dois grandes campos de atuação, de acordo com sua historicidade: a bioética das situações emergentes e a bioética das situações persistentes (Garrafa & Porto, 2003).

Com relação à bioética das situações emergentes, estão relacionados, principalmente, os temas surgidos mais recentemente e que derivam do grande desenvolvimento científico e tecnológico experimentado nos últimos cinquenta anos. Entre estas questões, podem ser mencionados: 1) o projeto genoma humano e todas as situações relacionadas com a engenharia genética, incluindo a medicina preditiva (que atua de modo interventivo e corretivo/preventivo diretamente no embrião, em nível ainda intrauterino) e o uso terapêutico de células-tronco; 2) as doações e os transplantes de órgãos e tecidos humanos, com todas as suas inferências que se refletem na vida e na morte das pessoas na sociedade e a relação disso tudo com as 'listas de espera' e o papel controlador e moralizador do Estado; 3) o tema da saúde reprodutiva, que passa por diversos capítulos, como a fecundação assistida propriamente dita, a seleção e o descarte de embriões, a eugenia (escolha de sexo e determinadas características físicas do futuro bebê), as 'mães de aluguel', a clonagem etc.; 4) as questões relacionadas com a biossegurança, cada dia mais importantes e complexas; 5) as pesquisas científicas envolvendo seres humanos e seu controle ético.

Bioética das situações emergentes
É o campo da bioética temática que trata das situações que emergiram historicamente nas últimas décadas, como produto do desenvolvimento científico e tecnológico. Também chamada de bioética das situações relacionadas aos limites ou às fronteiras do desenvolvimento.

Bioética das situações persistentes
É o campo da bioética temática que trata das situações historicamente persistentes no processo evolutivo da humanidade e que continuam se repetindo, apesar do atual estágio de desenvolvimento do mundo. Também chamada de bioética das situações cotidianas: que acontecem todos os dias e não mais deveriam estar ocorrendo.

A expressão biossegurança, especificamente, deve ser entendida além da interpretação que a reduz exclusivamente ao tema dos organismos geneticamente modificados. Ao contrário, tem um significado mais amplo no sentido da proteção, diminuição e/ou controle dos riscos decorrentes de atividades biotecnológicas que possam comprometer a vida humana, animal ou ambiental.

No que se refere à bioética das situações persistentes, que são aquelas que persistem teimosamente desde a Antiguidade, incluem-se todas as que dizem respeito à exclusão social; às discriminações de gênero, raça, sexualidade e outras; aos temas da equidade, da universalidade e da alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde; à atenção a

crianças e idosos; aos direitos humanos e à democracia, de modo geral, e suas repercussões na saúde e na vida das pessoas e das comunidades; ao aborto; à eutanásia. Embora outros autores prefiram colocar estas duas últimas situações entre os temas 'emergentes' ou de 'limites', parece ser mais adequado classificá-las como persistentes, levando-se em conta sua conotação histórica, uma vez que se enquadram entre as situações que se mantêm teimosamente na pauta da 'comédia humana' desde os tempos do Antigo Testamento.

Ética da responsabilidade individual

Trata-se do compromisso moral e da responsabilidade pessoal e intransferível de cada cidadão para com a alteridade. É a visão do semelhante, do outro, principalmente aquele mais vulnerável e desassistido. Resgata, também, a responsabilidade e a ética no trato das questões públicas de parte dos servidores governamentais do setor saúde.

Ética da responsabilidade pública

Refere-se ao compromisso e à responsabilidade do Estado diante dos cidadãos e de toda a sociedade, a partir do cumprimento rigoroso das normas constitucionais e das legislações complementares no campo da saúde, no caso deste livro.

Ética da responsabilidade planetária

Diz respeito ao compromisso e à responsabilidade de todos os cidadãos, empresas, governos e Estado diante da preservação dos ambientes naturais, da biodiversidade e do próprio ecossistema. Trata-se, principalmente, de considerar a finitude dos recursos naturais e de assumir um papel protetor e fiscalizador desses recursos não renováveis, além de estimular o chamado desenvolvimento sustentável.

Para que se enfrente de modo mais adequado toda esta gama de questões, em vez de simplesmente importar referenciais éticos provenientes de outras realidades, é mais adequado que cada país ou região do mundo interprete e atue junto a seus problemas ou situações moralmente conflitivas de acordo com seus próprios contextos sociais, culturais, econômicos e biológicos. Alguns movimentos políticos e sociais – como aqueles relacionados com as mulheres e os negros – têm conseguido mostrar de forma clara ao mundo a importância de se compreender e respeitar as diferenças.

O conceito de diferença nas questões de gênero, do mesmo modo que nos temas raciais ou de preferência sexual, não significa desigualdade (ou inferioridade). Pelo contrário, resgata a necessidade democrática de que cada situação seja contextualizada exatamente a partir desses parâmetros diferenciais para que, assim, se dê a verdadeira igualdade. Desde aspectos mais simples e diretos, como aqueles referentes aos direitos de uma gestante, até os que dizem respeito à igualdade de acesso para todas as pessoas indistintamente na disputa por postos de trabalho – conquistas consideradas longínquas para alguns grupos sociais há algumas décadas –, apesar das dificuldades ainda enfrentadas, ganharam novo impulso com os avanços destes movimentos democráticos.

Em praticamente todos os assuntos relacionados com a bioética, independentemente de serem emergentes ou persistentes, existe uma questão que atravessa longitudinalmente os temas a serem abordados e estudados: a ética da responsabilidade. Com relação a ela, três aspectos podem ser considerados e analisados: 1) a ética da responsabilidade individual, que se refere ao papel e aos compromissos que cada cidadão ou cidadã deve assumir frente a si mesmo(a) e aos seus semelhantes, seja em ações privadas ou públicas, singulares ou coletivas; 2) a ética da responsabilidade pública, que diz respeito ao papel e aos deveres dos Estados democráticos frente não somente a temas universais, mas também à cidadania e aos direitos humanos, bem como ao cumprimento das cartas constitucionais de cada nação e, no caso do Brasil, especialmente dos capítulos que se referem diretamente à saúde e vida das pessoas; 3) a ética da responsabilidade planetária, que significa o compromisso de cada cidadão ou cidadã do mundo, de cada país e do próprio conjunto de todas as nações diante do desafio da preservação do planeta, em respeito àqueles que virão depois de nós (Jonas, 2006).

Outro aspecto a ser analisado e relacionado ao contexto aqui desenvolvido é a proteção necessária – e até mesmo indispensável – às pessoas mais frágeis, mais vulneráveis, especialmente aquelas que vivem nos países periféricos. Essa linha de pensamento bioético com base na proteção, diferenciada do simples paternalismo estatal, tem como objetivo dar conta dos conflitos e dilemas morais enfrentados pela saúde pública, que muitas vezes não podem ser resolvidos concretamente por outras ferramentas da bioética mundial, em particular o principialismo (Schramm & Kottow, 2001).

Em seu sentido estrito, a bioética que trata da proteção se refere especificamente às medidas que devem ser tomadas "para proteger indivíduos e populações que não dispõem

de outras medidas que lhes garantam as condições indispensáveis para levar adiante uma vida digna e não somente dispor de uma sobrevida (...) e que são, portanto, excluídos da 'comunidade política' e das políticas dos direitos humanos" (Schramm, 2005: 21-22 – tradução livre). Considerando que a bioética tem pelo menos duas funções reconhecidas – a analítica, que é teórica e crítica, e a normativa, que, por sua vez, é prática –, parece razoável a proposta de agregar a essas funções tradicionais uma adicional: a de instrumento protetor, que objetiva 'dar amparo' e defender a vida no seu mais amplo sentido, seja humana ou não humana.

Com a homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a agenda bioética do século XXI foi definitivamente ampliada. Projeta-se para além das situações exclusivamente biomédicas e biotecnológicas, as quais foram reduzidas nos anos 80 e 90 com base nos interesses unilaterais dos países desenvolvidos. A nova referência conceitual da disciplina, como foi dito, proporciona um vasto leque de possibilidades de atuação, incorporando os campos sanitário e social, fator indispensável para a consecução de uma bioética realmente empenhada com a ética das diferentes situações relacionadas com a qualidade da vida humana. O novo conceito de bioética ampliou substancialmente o campo de atuação da disciplina, oxigenando-a e politizando-a ao incorporar no seu escopo temas de interesse direto das nações periféricas do hemisfério Sul, como a inclusão social, a universalidade do acesso das pessoas a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, a proteção da biodiversidade, o compartilhamento dos benefícios decorrentes do avanço científico-tecnológico, entre outros (Unesco, 2005).

A ampliação conceitual da bioética permitiu incorporar ao seu campo de estudo e ação as diferentes situações relacionadas com a saúde pública, as políticas e o sistema de saúde em vigor no Brasil. Não há dúvidas de que o país avançou com relação às questões sanitárias, especialmente nas duas últimas décadas. Esses avanços, no entanto, sob a ótica da ética da responsabilidade pública, são relativos. Para o filósofo Hans Jonas (2006), diante das profundas contradições que a humanidade (e os países...) se vê obrigada a enfrentar, é necessário que a racionalidade ética caminhe com a mesma velocidade do progresso técnico-científico, o que por aqui infelizmente, não vem acontecendo. Apesar de não usar a expressão 'ética prática', Jonas afirma que a filosofia pode dizer várias coisas concretas: que tipos de vida são melhores que outros, que coisas trazem benefícios ou danos. Segundo ele, o progresso moral coletivo pode ser evidenciado de três formas: nas legislações dos Estados modernos, em certos valores incorporados nos códigos das leis e nos comportamentos públicos.

O Brasil evoluiu significativamente nos últimos anos com relação aos dois primeiros pontos citados. Nossa Constituição está entre as mais avançadas do mundo no que se refere ao capítulo da saúde e das questões médico-sanitárias, assim como a Lei Orgânica que operacionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS) está assentada sobre modernos conceitos teóricos relacionados com a descentralização administrativa, universalização, equidade e outros. Depois de diversos avanços e retrocessos políticos relativos à efetiva implementação do SUS, a maior dificuldade continua incidindo na implementação prática das conquistas legais; ou seja, de acordo com o terceiro item mencionado, significa, definitivamente, adicionar aos comportamentos públicos o progresso moral já presente na legislação.

Para conhecer a legislação geral do SUS, consulte o capítulo 12.

Procurando sintetizar o que foi dito, encontramo-nos frente à necessidade de algumas mudanças no campo sanitário com relação aos compromissos públicos e às responsabilidades

sociais, o que não significa obrigatoriamente a dissolução dos valores já existentes, mas sua transformação. Há uma tradição na sociedade brasileira, no entanto, de certos segmentos hegemônicos estabelecerem unilateralmente os direitos do indivíduo e os rumos a serem seguidos pela sociedade. Esta tradição – que tem mudado, mas em proporção ainda insuficiente – não só é geradora de desigualdades profundas, mas também limita e condiciona o exercício dos próprios direitos (individuais e coletivos). O direito, que é elemento fundante da ordem da cidadania, não deve ser atribuído; ao contrário, o princípio ético-político que rege a noção mais elementar de direito é aquele decorrente da própria existência humana, pois, na medida em que a pessoa nasce, já se configuram seus direitos. Mais do que configurados, portanto, esses direitos precisam ser acessíveis e materializáveis, para o alcance da verdadeira cidadania. No caso brasileiro, é necessário que cada vez mais, por meio de um controle social realmente participativo e atuante, a sociedade passe a exigir o cumprimento das conquistas legais já verificadas.

Comitês de bioética

Conjunto de pessoas com moralidades diversas e formações profissionais diferenciadas, que se reúnem periódica ou excepcionalmente para fornecer pareceres sobre conflitos éticos, dirimir dúvidas morais e resolver conflitos éticos no campo biomédico-sanitário.

Neste sentido, a bioética tem a oferecer de seu rico instrumental teórico-prático a proposta de criação de comitês de bioética institucionais, hospitalares e outros – pluralistas, no que se refere à moralidade de seus membros; multidisciplinares, quanto às formações profissionais dos mesmos, incluindo representantes populares. Estes comitês têm o papel de analisar diferentes situações de conflito, interpretar problemas biomédico-sanitários das mais diversas origens, discutir moralmente a definição de prioridades, assim contribuindo com seu caráter democrático para o encaminhamento mais satisfatório dos diferentes problemas a eles confiados.

Para refletir

Quais problemas relacionados com a ética da responsabilidade pública poderiam ser elencados no Brasil com relação ao funcionamento do SUS e o bem-estar e os direitos da população?

A bioética, as políticas e o sistema de saúde brasileiro

Maximização da autonomia

A bioética principialista de origem anglo-saxônica coloca a autonomia em escala preferencial com relação às questões coletivas. Essa distorção faz com que o 'nós' – das questões coletivas e relacionadas ao princípio da justiça – fique em segundo plano, em favor do 'eu' das questões individuais.

Até 1998, a bioética trilhou caminhos que apontavam muito mais para temas e/ou problemas/conflitos individuais do que coletivos. A maximização e a superexposição do princípio da autonomia tornaram o princípio da justiça um mero coadjuvante da teoria principialista. O individual sufocou o coletivo. O 'eu' deixou o 'nós' em posição secundária. A teoria principialista mostrou-se incapaz ou impotente de desvendar, entender e intervir nas macroquestões socioeconômicas e sanitárias coletivas, persistentes na parte sul do mundo. O princípio da justiça significa para o principialismo clássico, proporcionalmente, o que a promoção de saúde representava nos seus primórdios para a então chamada 'medicina social': algo teórico, coadjuvante, pouco palpável, onde cabiam todos os demais problemas não contidos nos itens considerados principais.

Com o VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em 2002, a voz daqueles que não concordavam com o desequilíbrio verificado na balança tornou-se mais forte, a partir da definição da temática do evento: Bioética, Poder e Injustiça. As discussões desenvolvidas trouxeram à tona a necessidade de a bioética incorporar aos seus campos de reflexão e de ação temas sociopolíticos da atualidade, como as agudas discrepâncias sociais

e econômicas existentes entre as nações dos hemisférios Norte e Sul do planeta e, principalmente, a interpretação do acesso universal à atenção sanitária e dos medicamentos como um direito de cidadania.

Bioética, Poder e Injustiça

Tema oficial do VI Congresso Mundial de Bioética, que teve papel importante na transformação da agenda bioética do século XXI, contribuindo para a construção de uma bioética conceitualmente mais próxima dos problemas dos países pobres e em desenvolvimento. Ética e poder, da ótica da lógica formal, poderiam gerar, naturalmente, justiça. A lógica dialética, contudo, vê a realidade inversa e contraditória: ética e poder têm gerado injustiça no mundo contemporâneo.

A bioética brasileira, que observou um desenvolvimento tardio por ter surgido de modo orgânico apenas nos anos 90, recuperou o tempo perdido com um vigor inusitado. Sua maioridade foi atingida no VI Congresso Mundial de Bioética, que contou com o apoio decisivo da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Se até o final dos anos 90 a bioética brasileira ainda era uma cópia colonizada dos conceitos vindos dos países anglo-saxônicos do hemisfério Norte, a partir do surgimento e da consolidação de vários grupos de estudo, pesquisa e pós-graduação criados pelo país, sua história começou a mudar.

A teoria dos quatro princípios – de certo modo já revisada em seu 'núcleo duro' e pretensamente universalista pelos seus próprios proponentes nas edições mais recentes do livro *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp & Childress, 2008) – é reconhecidamente prática e útil para a análise de situações objetivas na clínica e em pesquisas. No entanto, é sabidamente insuficiente para a análise contextualizada de conflitos que exijam flexibilidade para uma determinada adequação cultural, bem como para o enfrentamento de macroproblemas bioéticos persistentes ou cotidianos vivenciados por grande parte da população de países com significativos índices de exclusão social, como o Brasil e seus vizinhos da América Latina. Apesar de algumas críticas pontuais provenientes de setores acomodados com a praticidade do *check list* principialista, sua adequação ao estudo dos conflitos e das situações que ocorrem nos países pobres da parte sul do mundo é indispensável.

A bioética sanitária, com um marco conceitual ampliado como apresentado neste capítulo, defende como moralmente justificável, entre outros aspectos: 1) no campo público e coletivo, a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas; 2) no campo privado e individual, a busca de soluções viáveis e práticas para conflitos identificados com o próprio contexto onde os mesmos acontecem. Inclui a reanálise de diferentes dilemas, entre os quais: autonomia *versus* justiça/equidade, benefícios individuais *versus* benefícios coletivos, individualismo *versus* solidariedade, omissão *versus* participação e mudanças superficiais *versus* transformações concretas e permanentes.

As últimas décadas do século passado passaram a conviver com o ressurgimento da ética. A pluralidade cultural e a evolução dos costumes, em conjunto com novos referenciais morais que foram construídos no dia a dia, levaram grande parte das sociedades humanas a abandonar paulatinamente os princípios e valores que vinham norteando suas decisões e comportamentos, tanto na esfera individual como na coletiva. E foi nesse contexto que a

Macroproblemas bioéticos

Problemas éticos persistentes comuns aos países periféricos, impossíveis de serem solucionados com a proposta principialista e individualista da bioética de origem estadunidense. Requerem soluções mais amplas, a partir da interpretação correta da realidade onde esses problemas ocorrem e a utilização de referenciais éticos também mais adequados.

Bioética sanitária

Interpretação da bioética que prioriza os temas públicos e coletivos em detrimento de questões específicas, privadas e individuais.

Ressurgimento da ética

As discussões éticas, que estavam abandonadas desde o final do século XIX e principalmente nas primeiras décadas do século XX, retornam com todo vigor a partir dos anos 90. O surgimento da bioética, como ética aplicada, é prova disso.

ética passou a crescer de importância, influindo direta ou indiretamente na transformação de questões como o posicionamento dos países com relação ao respeito às chamadas 'minorias' ou no direito ao acesso universal a sistemas de saúde adequados, por exemplo, até em posturas que redefiniram as relações interpessoais, intersexos, interetnias etc.

Como consequência de todas estas mudanças de ordem geral detectadas no campo da ética, os temas relacionados com a área da saúde também passaram a exigir novas abordagens, muitas delas aqui já tratadas. O paciente/cidadão e a comunidade, como sujeitos legítimos da discussão ética em saúde pública, eram lembrados apenas tangencial ou complementarmente. Até então, as atenções no campo da ética estavam insistentemente dirigidas aos códigos de conduta das diferentes profissões do setor sanitário, gerando, em decorrência, uma visão unilateral, paternalista e socialmente distorcida da relação profissional-paciente ou da relação entre os programas e serviços com os respectivos usuários.

Com as transformações e o novo ritmo que começaram a ser verificados no contexto internacional, os aspectos éticos anteriormente referidos deixaram de ser considerados como de índole supraestrutural para, ao contrário, passarem a exigir consideração direta nas discussões e na construção e no acompanhamento de propostas de trabalho, objetivando o bem-estar futuro e melhores condições de vida das pessoas e comunidades.

No caso brasileiro, é imprescindível que essa discussão (ética e aplicada) comece a ser incorporada objetivamente na construção das políticas sanitárias do país e no próprio funcionamento do SUS, no que diz respeito: à responsabilidade social do Estado; ao gerenciamento do sistema como um todo e em suas diversas partes; à definição de prioridades na análise, na decisão, na alocação, na distribuição e no controle dos recursos; ao envolvimento responsável da população em todo o processo; à preparação mais adequada dos recursos humanos; à revisão e atualização dos códigos de ética das diferentes categorias profissionais envolvidas; às indispensáveis adaptações curriculares nas universidades. Enfim, contribuindo diretamente para a melhoria do funcionamento do setor como um todo.

A questão ética, portanto, adquiriu identidade pública. Deixou de ser considerada um simples problema de consciência a ser resolvido na esfera privada, de foro exclusivamente individual ou íntimo (Garrafa, 1999). Hoje, ela cresce de importância no que diz respeito à análise das responsabilidades frente às diferentes situações sanitárias e à interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, como também é essencial na determinação das formas de intervenção a serem programadas, na formação de pessoal, na responsabilidade do Estado junto aos cidadãos mais necessitados. Em resumo, a ética aplicada, por meio da bioética, conquistou uma nova forma concreta de ser percebida e utilizada. Sua aplicação e utilização na elaboração e consecução das políticas sanitárias públicas no país, assim como no próprio contexto do SUS em suas diferentes instâncias, são de uma riqueza que não pode ser desconhecida e desrespeitada.

Para refletir

Com base no que foi discutido neste capítulo, acredita-se que seria aconselhável que os membros dos conselhos de saúde (municipais, estaduais e nacional) tivessem alguma formação em bioética. Em que situações concretas essa formação poderia ser útil?

Breve proposta de um programa de formação em bioética

A bioética começa a ter seu espaço como disciplina isolada em representativo número de programas de pós-graduação relacionados com as áreas biomédicas e da saúde, embora existam hoje apenas três programas específicos *stricto sensu* de mestrado e doutorado a ela dedicados no Brasil: Universidade de Brasília (UnB); Centro Universitário São Camilo, de São Paulo; e um consórcio interinstitucional integrado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). É pequeno também, além de irregular em sua periodicidade, o número de programas de pós-graduação *lato sensu* (especialização) em bioética. O mais tradicional é o da UnB, que já está na sua 14ª edição anual, sendo oferecido regularmente desde 1998, e formou mais de trezentos especialistas neste período.

Com relação ao ensino da graduação, apesar de ser crescente a demanda, infelizmente ainda são poucas as instituições que oferecem disciplinas de bioética nos currículos de seus cursos regulares.

Contudo, apesar de o Brasil ser um país onde esse campo do conhecimento teve um aparecimento tardio, como foi dito anteriormente, já existe uma sólida produção acadêmica com ele relacionada, principalmente a partir do esforço da Sociedade Brasileira de Bioética, que promove regularmente seus congressos, sempre em estados diferentes, a cada dois anos, desde 1995.

Há alguns anos, o Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB fez uma consulta entre membros de um Conselho Municipal de Saúde (Goiânia), de um Conselho Estadual de Saúde (Goiás) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre o interesse e a necessidade de os participantes destas representações receberem um treinamento intensivo em bioética. A resposta foi surpreendentemente positiva, passando dos 60% no Conselho Municipal de Goiânia, superando os 70% no Conselho Estadual e ultrapassando os 80% com relação ao CNS.

Levando em consideração os referenciais teóricos e práticos levantados no presente capítulo, a seguir é apresentada uma breve proposta de formação em bioética para estudantes de graduação e pós-graduação, profissionais da saúde, membros de diferentes tipos de conselhos (de saúde, de corporações profissionais etc.), assim como para os próprios representantes do controle social nestas diferentes instâncias.

1) Introdução à bioética – desenvolvimento de um breve histórico da disciplina e sua relação com as práticas de saúde em geral e a necessidade de tratamento ético que deve ser dispensado especialmente às populações mais vulneráveis.

2) Bases conceituais da bioética – apresentação das principais linhas ou correntes de pensamento existentes, além dos princípios utilizados e outros referenciais, com ênfase no enfoque brasileiro e latino-americano da matéria, fundamentado no respeito ao pluralismo moral histórico.

3) Situações persistentes em bioética – enfoque dos problemas, situações e conflitos morais decorrentes das contradições sociais registradas principalmente nos países periféricos,

mas também nas populações marginadas das nações ricas, como: exclusão social, pobreza, analfabetismo, discriminação e estigmatização, equidade, alocação de recursos escassos, aborto, entre outros.

4) Situações emergentes em bioética – enfoque dos problemas, situações ou conflitos morais decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico acelerado das últimas décadas, como: novas tecnologias reprodutivas, transplantes de órgãos e tecidos humanos, engenharia genética e todos seus desdobramentos, terapia celular, respeito à biodiversidade etc.

5) Bioética clínica – apresentação e desenvolvimento de discussões ao redor de casos clínicos problemáticos ou conflitivos que ocorrem usualmente em hospitais, clínicas e serviços de saúde, a partir dos referenciais conceituais expostos no item 2 (Bases conceituais da bioética).

6) Ética na pesquisa com seres humanos – histórico do controle ético das pesquisas desenvolvidas com seres humanos a partir do início do século XX, com apresentação e discussão de casos e situações reais analisadas por comitês de ética em pesquisa regularmente registrados no Ministério da Saúde.

Leituras recomendadas

BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics* [1979]. 6. ed. Nova York, Oxford: Oxford University Press, 2008.

BERLINGUER, G. *Bioética Cotidiana*. Brasília: Editora UnB, 2004.

FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. Z. (Orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola, 2003.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M. & SAADA, A. (Orgs.) *Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, Unesco, 2006.

GARRAFA, V. & PESSINI, L. (Orgs.) *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, Sociedade Brasileira de Bioética, 2003.

SCHRAMM, F. R. *et al*. (Orgs.) *Bioética: riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Editora Fiocruz, 2005.

SINGER, P. *Ética Prática*. 3. ed. São Paulo: Martins, 2002.

TEALDI, J. C. (Dir.). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia, Unesco, 2008. Disponível em: <www.bioetica.catedraunesco.unb.br>.

Sites de interesse

Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília: www.bioetica.catedraunesco.unb.br

Sociedade Brasileira de Bioética: www.sbbioetica.org.br

Referências

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. 3. ed. Brasília: Editora UnB, 1992.

BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics* [1979]. 6. ed. Nova York, Oxford: Oxford University Press, 2008.

BERLINGUER, G. & GARRAFA, V. *O Mercado Humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo*. 2. ed. Brasília: Editora UnB, 2001.

COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V. & OSELKA, G. (Orgs.) *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DURAND, G. *Introdução Geral à Bioética*. São Paulo: Loyola, 2003.

GARRAFA, V. Ciência, poder e ética. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE BIODIVERSIDADE E TRANSGÊNICOS, Brasília. *Anais*... Brasília: Senado Federal, 1999.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(2): 122-132, 2005.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M. & SAADA, A. (Coords.) *Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, Unesco, 2006.

GARRAFA, V. & PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6): 399-416, 2003.

JONAS, H. *O Princípio Responsabilidade*. São Paulo: Contraponto, 2006.

KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MORIN, E. *A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

POTTER, V. R. Bioethics: the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine*, 14:127-153, 1970.

POTTER, V. R. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

REICH, W. T. *Encyclopedia of Bioethics*. Nova York: The Free Press, 1978. v. 1.

SCHRAMM, F. R. Información y manipulación: como proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de protección. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(1): 18-27, 2005.

SCHRAMM, F. R. & KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 949-956, 2001.

SELLETI, J. & GARRAFA, V. *As Raízes Cristãs da Autonomia*. Petrópolis: Vozes, 2005.

SINGER, P. *Ética Prática*. 3. ed. São Paulo: Martins, 2002.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris, 19 out. 2005. Disponível em: <www.bioetica.catedraunesco.unb.br> e <www.sbbioetica.org.br>. Acesso em: 8 ago. 2011.

25. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados

Célia Almeida

Este capítulo analisa as políticas contemporâneas de reforma do setor saúde, mais especificamente aquelas formuladas e implementadas a partir dos anos 80. Parte-se da análise conceitual dos termos 'reforma' e 'reforma de sistemas de saúde'.

Define-se reforma do setor saúde como processos de mudança estrutural na área de atenção à saúde, vinculados a transformações mais amplas da sociedade (contexto econômico, político, ideológico e social), isto é, a momentos históricos em que se alteram tanto as concepções (e crenças) sobre saúde e enfermidade quanto as perspectivas segundo as quais se organizam os serviços destinados a atender às necessidades da população, assim como os papéis do Estado (com suas instituições) e das organizações privadas que atuam no setor (tanto da sociedade civil como do setor empresarial) (Almeida, 2005).

Essa definição não é consensual na literatura especializada. Desde os anos 90, encontram-se várias definições bastante imprecisas de reforma do setor saúde na bibliografia disponível. Tampouco existe consenso em torno de um conceito de reforma. Parodiando Santos (1998), pode-se dizer que essa falta de clareza conceitual tem permitido que se identifique como reforma do setor saúde qualquer política que tenha por objeto 'problemas de saúde', independentemente dos juízos valorativos sobre a ordem social que subscreve. Explicando melhor, a maioria dessas definições tem como premissa básica a ideia de que as reformas do setor saúde são processos tecnocráticos, decorrência 'natural' da grande transformação na qual o mundo está envolvido há mais de quatro décadas.

Historicamente, a definição de reforma mudou ao longo do tempo. Esse termo tem origem bem definida, centrada na clássica antítese reforma-revolução, que caracterizou a antiga (mas sempre renovada) oposição entre diferentes estratégias de mudança social.

No final do século XVIII e no início do XIX, com o processo revolucionário e de transformação radical na França (a chamada Revolução Francesa), instala-se a antítese reforma-revolução, que se refere ao modo como se dá a mudança e não ao resultado, e o termo 'reforma' assumiu o significado que permaneceu: o de mudança política e social levada a cabo de maneira gradual, legal e parcial. Esse significado traz também a ideia de

um modo de exercer o poder para a mudança, além de uma concepção geral do progresso histórico, evolutivo e não catastrófico (Bobbio, 2000).

Independentemente das oposições com relação ao método, as duas estratégias – reforma e revolução – partem de uma concepção da história entendida como mudança e como progresso, mas com diferentes perspectivas analíticas.

Perspectivas analíticas da história

A perspectiva positivista da história tem por base o idealismo da segunda metade do século XIX. Funda-se no grande progresso das ciências naturais, em particular as biológicas e fisiológicas, que têm lugar no mesmo período. Constitui-se da aplicação nas análises históricas do conceito de evolução natural, como lei fundamental de todos os fatos humanos. Essa evolução se daria mediante relações causais (causa/efeito), perfeitamente identificáveis. A crença está no progresso, concebido como o resultado de um conflito mecânico entre seres e forças naturais na luta pela existência, cuja sobrevivência seria garantida ao mais apto, ao mais perfeito (ideia da seleção natural).

Em contraposição, a perspectiva dialética da história parte de uma concepção processual, dinâmica, centrada na unidade dos contrários, ou seja, cada fase gesta dentro de si as condições de aparecimento da nova fase.

A alma da dialética é o conceito de antítese (oposição/negação). Quer dizer que toda realidade social gera, por dinâmica interna própria, seu contrário, ou as condições objetivas e subjetivas para sua superação. A antítese alimenta-se na estrutura do conflito social, entendido também como marca estrutural da história, que, por sua vez, caminha por antíteses.

Subjacente ao reformismo não revolucionário existe a perspectiva evolutiva e positivista da história, em que a transformação se dá de forma cumulativa e gradual. Já por trás dos movimentos revolucionários, a concepção progressiva se constrói numa perspectiva dialética, isto é, com base em mudanças processuais e dinâmicas, nas quais a construção do novo surge da negação objetiva e subjetiva da própria realidade. Nessa perspectiva, os movimentos de reforma visam a melhorar e aperfeiçoar, até mesmo de forma radical, mas nunca a destruir o ordenamento existente (Settembrini, 1993).

Assim, as reformas estavam voltadas para a melhora do aparato estatal, eram mais administrativas do que políticas, ou mais políticas do que sociais, e a transformação da sociedade seria resultado de uma série ininterrupta de reformas graduais. Já as revoluções visavam a transformar radicalmente as relações econômicas e sociais, a partir da luta contra o poder estabelecido. Nesse caso, as demandas por mudança se referem não apenas à transformação do aparato estatal, mas à transformação das relações entre Estado e cidadãos, entre o poder estatal e a sua base social, e se movem da sociedade em direção ao Estado. Contudo, como só o Estado pode fazer essas mudanças, desde que controlado por forças transformadoras – leia-se de inspiração socialista (segundo a perspectiva do movimento operário) –, a 'ocupação' do Estado seria o passo crucial para preparar as reformas que levariam à revolução.

A perspectiva reformista mais estreita – de mudança administrativa, cumulativa e gradual – é a grande vencedora do final do século XX e do início do XXI, quando as revoluções socialistas foram não apenas desacreditadas, mas cederam passagem a uma nova era de reformas, com características bastante particulares, cujos resultados nem sempre se traduzem em melhora, como exposto adiante.

Para entender melhor os processos de reforma do setor saúde ou reforma de sistemas de saúde, são necessários alguns esclarecimentos. Em primeiro lugar, os sistemas de saúde, tal como são conhecidos, resultam do desenvolvimento histórico da implementação de determinadas políticas de saúde. Em outras palavras, são o resultado de um conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado, que afetam as condições sociais e as chances de vida e morte de pessoas, grupos e famílias – o que significa que a política de saúde e o correspondente sistema de saúde traduzem o esforço para modificar as condições adversas que favorecem o adoecimento dos indivíduos, tentando impedir que isso aconteça, e para atenuar o sofrimento das pessoas, quando estão doentes. Esse esforço (maior ou menor) envolve, além do Estado e suas instituições, o governo, o sistema político e a sociedade como um todo. Nessa perspectiva, as reformas do setor saúde são reformas das políticas de saúde.

Em segundo lugar, a maioria dos autores que se refere ao tema das reformas do setor saúde limita-se a descrever as diferentes etapas das reformas recentes, isto é, aquelas das últimas décadas, como distintas 'ondas' de reforma, não levando em conta o desenvolvimento histórico, secular, dos sistemas de serviços de saúde.

Para refletir
Qual a perspectiva histórica subjacente ao conceito de reforma adotado neste capítulo – positivista ou dialética?

Tomando-se como referência a definição de reforma utilizada neste texto, pode-se dizer, de forma sintética, que o século XX, recém-terminado, viveu pelo menos três grandes 'ondas' (ou gerações) de reforma nos sistemas de saúde, que são mais visíveis nos países da Europa Ocidental, mas também se refletiram na região sul-americana de forma particular.

'Ondas' (ou gerações) de reforma nos sistemas de saúde no século XX

Primeira: iniciou-se no final do século XIX, com subsídios estatais e programas específicos para pobres e trabalhadores de baixa renda; estendeu-se para as primeiras décadas do século XX, antes e depois da Primeira Guerra Mundial, com a ampliação de antigos programas e a implementação e a difusão do seguro nacional de saúde.

Segunda: aconteceu logo após a Segunda Guerra Mundial, com a consolidação e a universalização de sistemas de serviços de saúde ou a criação de sistemas nacionais de saúde, transformando o direito de acesso aos serviços setoriais em direito de cidadania. Paralelamente, nos países comunistas e socialistas (e no contexto da Guerra Fria) foram estruturados os sistemas de saúde estatais e centralizados.

Terceira: é mais recente e tem dois momentos distintos, mas que são faces da mesma moeda – o primeiro ocorreu nos anos 60-70 e se configurou como expansão específica dos serviços de assistência médica. O segundo momento é o de crise desse modelo e resultou na formulação, nos anos 80, de uma agenda pós-*Welfare* (Bennett, 1990) também para a área de saúde, cuja essência estava no questionamento dos fundamentos básicos que haviam estruturado os sistemas de saúde até então.

Na primeira onda de reformas (final do século XIX e primeira metade do XX), o modelo alemão (Seguro Nacional de Saúde) foi difundido e copiado por vários países. Na

segunda (anos 50 em diante), o modelo britânico foi absolutamente inovador, com a criação, inédita no mundo ocidental, do Sistema Nacional de Saúde (National Health Service – NHS – em 1948) e, principalmente, com a difusão da concepção do acesso aos serviços como direito de cidadania e dos princípios de planejamento sanitário nacional para atender às necessidades de saúde da população. E nos países do bloco socialista, o planejamento e a condução centralizados eram a tônica do sistema de saúde. Por fim, na terceira geração de reformas (dos anos 80 em diante), a hegemonia política neoliberal e os modelos de reforma desenvolvidos nos Estados Unidos foram dominantes e difundidos mundialmente.

Para a América do Sul e o Caribe, o Seguro Nacional de Saúde alemão também foi referência em alguns países, ainda que implementado de forma incompleta e segmentada; e o NHS inglês e o sistema público estatal socialista se converteram na utopia de alguns grupos de esquerda na região. Na terceira onda, houve grande aceitação de modelos e ideias neoliberais que foram implementados de forma exemplar na América Latina.

Em todo o mundo, o eixo central dessas transformações está na intervenção do Estado no direcionamento desse processo de desenvolvimento setorial, que tem várias dimensões, mas, concordando com Ellen Immergut (1992), destacamos que os sistemas de saúde diferem entre si na interconexão de três principais dimensões dessa intervenção estatal que, em conjunto, afetam a capacidade do Estado de governar o setor. São elas:

1) extensão e tipo de financiamento público;
2) tipo de regulação (pública e privada) que tal estrutura de financiamento proporciona;
3) papel do Estado como proprietário dos meios de produção (de serviços e de insumos) e como empregador (direto ou indireto).

A forma de articulação dessas dimensões é o resultado concreto do desenvolvimento histórico dos diversos sistemas de saúde, que se situou sempre em torno do debate entre o público e o privado, entre o Estado e o mercado (Immergut, 1992).

As políticas contemporâneas de reforma do setor saúde aqui discutidas são as da terceira onda. Estão relacionadas à crise da saúde engendrada nos anos 70 e aos novos modelos de organização de sistemas de serviços de saúde que foram formulados na década seguinte e vêm sendo implementados desde então, invadindo os anos 90 e continuando até os dias atuais.

Na primeira parte deste capítulo é discutida a crise do setor saúde no âmbito da crise da política social, ambas concomitantes e subsequentes à crise econômica de meados dos anos 70. Toma-se como referência a expansão e a consolidação dos sistemas de saúde, bem como a natureza e as dimensões da crise da saúde. A seguir, são analisados o diagnóstico neoliberal e a agenda de reforma setorial. Depois se faz a avaliação dos novos modelos de reforma que surgem desse processo, com base na discussão de países específicos – EUA, Reino Unido e Colômbia – e nos principais resultados de sua implementação. Por fim, apresentam-se algumas considerações analíticas sobre toda essa dinâmica e algumas tendências desses processos.

Crise da política social e crise da saúde

O desenvolvimento dos serviços de assistência médica como parte de um potente complexo econômico-industrial, sobretudo após 1945, com o fim da Segunda Grande Guerra, é o principal eixo estruturador dos sistemas de saúde, tal como são conhecidos hoje, e a participação ativa do Estado na condução e promoção desse processo evidencia o reflexo, no setor saúde, de fenômenos característicos das economias capitalistas contemporâneas. A consolidação dos sistemas de saúde no século XX inter-relaciona, pelo menos, três dimensões.

A primeira refere-se à regulação das condições sob as quais os serviços de saúde são proporcionados à população, isto é, como parte integrante (ou não) do elenco de programas sociais do Estado de Bem-Estar Social – o que implica questões relativas aos direitos de cidadania, ao poder profissional, à organização, ao funcionamento e desempenho dos sistemas de serviços de saúde, isto é, à sua natureza (pública, privada ou mista) e aos seus resultados.

A segunda é a dimensão mais especificamente econômica e remete ao papel preponderante da tecnologia na assistência médica moderna, cuja importância estratégica tem estreita conexão com a contínua e frenética expansão da base tecnológica das economias capitalistas e onde o Estado participa da competição entre os produtores de bens e serviços (seja como regulador ou prestador, seja como produtor direto de insumos e serviços).

A terceira diz respeito à arena na qual os conflitos distributivos ocorrem, isto é: os sistemas de saúde modernos constituem arenas econômicas e políticas importantes, em que são negociados recursos (sempre crescentes e volumosos), empregos e poder nas diversas sociedades, o que tem sido objeto de intensos conflitos de interesse.

Os movimentos contemporâneos de reforma, por sua vez, são oriundos de transformações que se iniciam na década de 1970, a partir de 1973 e 1975, quando uma forte crise econômica se instalou, em primeiro lugar, nos países do norte do mundo e repercutiu na década seguinte, em todo o globo. Essa crise apagou o resplendor dos chamados 'anos dourados' (década de 1950) e decretou o esgotamento dos padrões de desenvolvimento que haviam norteado os rumos mundiais até então. E no plano político-social, provocou um processo crítico sem precedentes, à direita e à esquerda, que desconstruiu as matrizes histórico-científicas e político-ideológicas organizadoras das lutas coletivas das sociedades (Fiori, 1993).

Assim, os anos 80, que se seguiram, foram palco de profundos questionamentos em relação a valores e princípios tidos, até esse momento, como consolidados e amplamente aceitos (Anderson, 1995).

Desde então, a macroeconomia dos processos de ajuste e reestruturação econômica constitui a essência das políticas de reforma econômica em todos os países centrais e periféricos, fortemente matizadas pela hegemonia ideológica neoliberal (ou neoconservadora) que marcou a década de 1980 e se projetou para a seguinte, cujos objetivos principais são a desregulação e a liberalização dos mercados nacionais e internacionais (financeiros, de bens e de fatores de produção), afetando o mercado de trabalho, a redução substancial do tamanho do Estado (e de suas responsabilidades sociais) e a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos. Paralelamente, a crítica ao pluralismo democrático, ao intervencionismo estatal (planejamento, distributivismo das políticas sociais, universalismo da proteção pública), desencadeou um demolidor ataque às políticas sociais, entre elas as de saúde.

Perspectiva neoliberal ou neoconservadora

A perspectiva neoliberal (ou neoconservadora – ou ainda da Nova Direita) se refere à retomada, nos anos 80, das teses do liberalismo clássico de forma exacerbada, após a crise econômica de meados dos anos 70.

O liberalismo clássico é uma corrente do pensamento econômico e político e também uma ideologia que defende a maximização da liberdade individual e uma sociedade caracterizada pela livre iniciativa. O escocês Adam Smith (1723-1790) é considerado o pai do liberalismo, e sua teoria defendeu o fim das regulações mercantis e feudais, dos grandes monopólios estatais ou similares e o princípio do *laissez-faire*, segundo o qual o Estado não deveria intervir no funcionamento livre do mercado.

O neoliberalismo nasceu logo depois da Segunda Guerra Mundial, na Europa e nos Estados Unidos, e foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista (keynesiano). Seu texto de origem é "O caminho da servidão", escrito em 1944 por Friedrich Hayek, economista e filósofo austríaco, ferrenho defensor e grande teórico do neoliberalismo, que tinha como alvo o Partido Trabalhista inglês, o qual venceu as eleições em 1945. Em 1947, ante o sucesso no pós-Segunda Grande Guerra da perspectiva econômica keynesiana, que embasou a ascensão do Estado de Bem-Estar Social (o *Welfare State*), as teses neoliberais foram relativizadas, mas Hayek não se deu por vencido e convocou aqueles que compartilhavam da sua orientação ideológica para uma reunião em que se fundou a Sociedade de Mont Pèlerin, na Suíça, altamente organizada e que realizava reuniões internacionais a cada dois anos (Anderson, 1995). Os estudos e as mensagens ideológicas desse grupo liderado por Hayek (que tem uma produção bastante vasta) permaneceram na teoria por mais de vinte anos, encontrando terreno fértil para serem aplicados a partir da crise econômica de meados dos anos 70. Hayek continuou escrevendo e publicando até a sua morte, em 1992 (Wainwright, 1998).

O neoliberalismo considera o *Welfare State* o responsável pela crise econômica, que seria causada, entre outras coisas, pelo desperdício de recursos desviados do investimento produtivo para o custeio dos programas sociais. O Estado de Bem-Estar Social ameaçaria também a liberdade individual do cidadão, ao impor práticas e intervir em assuntos considerados da estrita esfera privada do indivíduo (Wainwright, 1998; Anderson, 1995).

Para mais informações sobre a rápida ascensão do neoliberalismo no mundo na década de 1980, ver Perry Anderson (1995).

Todas essas dimensões confluíram para exacerbar a perspectiva individual na resolução dos problemas da sociedade em contraposição ao coletivo e têm exigido mudanças institucionais profundas, além de trazer sérias consequências para o desenvolvimento econômico, político e social do mundo. No que toca especificamente à política social, na qual a política de saúde se insere, essa dinâmica foi marcada pelo debate em torno do esgotamento do *Welfare State* keynesiano (ou Estado de Bem-Estar Social), uma vez que a crise econômica colocou em xeque os mecanismos até então utilizados para o controle e o direcionamento dos desenvolvimentos econômico e social, em que o papel dos Estados nacionais foi historicamente preponderante, seja no hemisfério Norte, seja no Sul.

Apesar do cunho ideológico que animou a discussão, analiticamente os fatos concretos evidenciaram tanto algumas das principais fragilidades do Estado de Bem-Estar Social, embutidas em seu próprio crescimento, quanto as mudanças estruturais operadas a partir de meados dos anos 70.

A crise econômica dos anos 70, precedida pela conturbada segunda metade dos anos 60, em que 1968 é marco histórico, fez com que o 'Estado benfeitor' perdesse atrativos e passasse a ser atacado por todas as facções políticas, de direita e de esquerda, ainda que com

base em argumentos e pontos de vista completamente diversos, em um debate ideológico que reacendeu polêmicas, construiu novas polarizações e levou a numerosas revisões. Na década de 1980, a resposta neoliberal diante da crise foi variada, mas alguns elementos estiveram sempre presentes em todos os países, alegando-se, fundamentalmente, o 'equívoco' da intervenção estatal.

O Estado de Bem-Estar Social keynesiano

John Maynard Keynes (1883-1946), lorde Keynes, foi um economista britânico, cujas ideias – chamadas de economia keynesiana – tiveram enorme impacto nas economias modernas e na teoria política, assim como nas políticas fiscais governamentais, em especial no período pós-Segunda Guerra Mundial.

Ele advogava o intervencionismo do Estado no desenvolvimento econômico, utilizando medidas monetárias e fiscais para mitigar os efeitos adversos dos ciclos da economia capitalista. Alguns autores o consideram um dos principais fundadores da moderna teoria macroeconômica.

Essa concepção opunha-se à racionalidade do livre mercado e às políticas de socialização radicais. Questionando as políticas do *laissez-faire* do liberalismo clássico, pregava nova concepção teórica sobre o papel do Estado, que devia atuar de forma anticíclica e compensatória. A equação keynesiana está fundada, portanto, no equilíbrio entre os imperativos do crescimento econômico e as exigências de maior equidade social, promovida por um Estado socialmente ativo – o chamado Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*.

A discussão da crise do Estado de Bem-Estar Social, na esteira da crise econômica, suscitou o questionamento também dos resultados em termos de benefícios dos investimentos realizados nos sistemas de saúde. Até então, a valorização da universalidade havia permeado os princípios que nortearam a construção dos sistemas de serviços de saúde no século XX, embutidos na percepção do direito à saúde como direito de cidadania, sobretudo depois da Segunda Grande Guerra e sob a égide das políticas econômicas e sociais de cunho keynesiano.

Leia mais sobre proteção social e os Estados de Bem-Estar Social no capítulo 1.

O princípio dessa estruturação era o de que todo cidadão que necessitasse de atenção à saúde deveria ter direito assegurado de acesso aos serviços, independentemente da sua condição social e econômica. E somente a forte intervenção do Estado, como provedor e financiador de serviços, por meio da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais, poderia promover a equidade, entendida como igualdade de oportunidades no consumo de bens e serviços de saúde, segundo as necessidades. Esse princípio foi traduzido na prática de diversas maneiras nos distintos países e sistemas de saúde, com diferentes resultados que, de forma geral, passaram a ser questionados a partir dos anos 70, com a crise econômica e a subsequente crise de custos no setor saúde.

A intensa mobilização política e social das décadas de 1960 e 1970 estimulou uma crítica contundente e questionadora de todos os fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde. Com a crise fiscal do Estado, a partir de meados da década de 1970, esse arsenal alimentou a formulação de um diagnóstico comum e de prescrições neoconservadoras, configurando uma agenda de reforma setorial que, na década seguinte, orientou as reformas sanitárias (Almeida, 1996).

Em síntese, o diagnóstico crítico mais geral, referido às políticas sociais, também se refletiu na área da saúde, levando à formulação de um diagnóstico neoliberal dos problemas setoriais, cuja solução seria alcançável mediante determinadas reformas dos sistemas de saúde.

Agenda de reforma

O termo 'agenda' pode ser utilizado com diferentes significados na literatura sobre a análise de políticas.

Uma agenda pode ser explícita ou 'oculta', embora esteja sempre guiando as ações de diferentes atores.

A construção de uma agenda está estreitamente relacionada aos formuladores das políticas públicas e às suas bases de apoio, negociação ou inter-relação, constituindo momento importante do processo de formulação de políticas, com a participação de diversos atores sociais, nacionais e internacionais. Trata-se não apenas da introdução de determinados elementos na formulação da política, mas da identificação de problemas e da indicação de soluções para resolvê-los (ex.: as metas de desenvolvimento do milênio). Significa também a definição das preferências que um ator específico defende em certo momento (ex.: a agenda do Banco Mundial, da Organização Mundial da Saúde ou de determinado partido político em relação à saúde), indicando, muitas vezes, a existência de um debate ou disputa em relação aos temas/problemas tratados e soluções propostas (ex.: agenda de combate à pobreza ou agenda de reforma na saúde).

A lista de problemas ou assuntos que integram uma agenda varia segundo o setor de governo (educação, saúde etc.), a organização ou a instituição. A questão de como determinado assunto entra na agenda política (ganha prioridade) em específico país, em conjunturas particulares, diante de outros temas que são relegados, apesar de sua importância, é objeto de discussão na literatura.

Três principais desenvolvimentos merecem atenção para a melhor compreensão das reformas sanitárias contemporâneas: a específica forma de expansão dos sistemas de serviços de saúde, sobretudo da assistência médica, no período pós-guerras; a natureza e as dimensões da crise da saúde dos anos 60-70 e seus desdobramentos; o diagnóstico neoliberal da problemática setorial, com as propostas de reformas que engendraram nos anos 80.

Para refletir

Por que o contexto é importante para entender a crise da saúde dos anos 70? Quais os principais fatos históricos desse contexto?

Expansão e consolidação dos sistemas de saúde

O estabelecimento e a consolidação da hegemonia norte-americana no mundo, a partir de meados da primeira metade do século XX, refletiram-se, entre vários outros aspectos, em significativas transformações no campo médico-científico. Em pouco tempo, os EUA não apenas recuperaram o então atraso nessa área em relação ao mundo europeu, mas utilizaram esse avanço como referência da incontestável supremacia norte-americana na construção do 'Novo Mundo' pós-guerras.

Embora a afirmação do direito de acesso à atenção à saúde não seja, de maneira alguma, criação norte-americana – muito pelo contrário –, o privilegiamento de um modelo assistencial hospitalocêntrico de alta tecnologia e da prática médica especializada, altamente inflacionária (além da prioridade à formação desse tipo de profissional), foi ativamente incentivada pelos Estados Unidos. A difusão dessa forma de modelagem do sistema sanitário teve, pelo menos, quatro repercussões importantes para a área da saúde em todo o mundo: mudanças na organização dos serviços de assistência médica, na carreira profissional, na formação de profissionais e na estrutura de poder interno à profissão médica.

A dinâmica de disseminação de padrões específicos de desenvolvimento da assistência médica e de difusão tecnológica nos serviços pode ser evidenciada na própria estruturação dos sistemas de saúde no século XX e na forma específica de modernização dos sistemas hospitalares na Europa, a partir dos anos 50, e em todo o mundo, a partir dos anos 70. Essa reestruturação envolveu a união de duas hierarquias – a médica e a administrativa –, e ambas sempre se caracterizaram por alto grau de fragmentação horizontal e vertical do processo de trabalho institucional em saúde, seja pela referência à sua base médico-científica (especializações fragmentadas), seja pela forma de organização do atendimento nos serviços de assistência médica (por tipo de serviço, por especialidade).

A confluência dessas estruturações forçou cada vez mais o privilegiamento do profissional especialista, sua desvinculação do âmbito institucional mais amplo em que trabalha e o seu distanciamento das demandas e necessidades do paciente como um ser humano, além de ter aprofundado a dissociação da formação técnica profissional das condições de saúde da população e do contexto societal em que se dá a prática médica.

Portanto, no que toca aos sistemas de saúde, uma das principais repercussões dessa dinâmica foi estimular uma específica forma de expansão da assistência médica, deslocando o eixo do desenvolvimento científico para o tecnológico, colocando em destaque a prática hospitalar e as especializações cada vez mais fragmentadas, substituindo o olhar clínico do médico pelo olhar da máquina, considerado mais revelador. Além disso, reforçou o papel do médico como profissional nuclear dos serviços de saúde (numa posição monopólica, ou situação de monopólio), pois ele é o profissional responsável pela decisão final sobre o diagnóstico, pela indução da demanda (de serviços complementares ou tratamentos adicionais) e pela estrutura da oferta, em última instância.

Agrega-se que, historicamente, a expansão dos programas governamentais na assistência médica, sobretudo na Europa, teve pelo menos duas implicações, aparentemente contraditórias: por um lado, aumentou de forma importante os recursos financeiros disponíveis para esses serviços, ao mesmo tempo que ampliou enormemente o mercado da assistência médica para os profissionais, comprando serviços para pessoas que, de outra forma, não poderiam adquiri-los. Por outro lado, aumentou também a intervenção regulatória nos mercados de serviços médicos, em razão, principalmente, do papel do Estado como o único (ou maior) comprador (em posição monopsônica, ou situação de monopsonia), e como o maior empregador na área de saúde (Immergut, 1992).

Em síntese, como bem analisa Ellen Immergut (1992), os esforços para estabelecer o financiamento coletivo para a atenção médica e ampliar a cobertura da população para esse serviço, a partir do final do século XIX, trouxeram para a agenda a questão do mercado privado *versus* Estado na política de saúde como uma nova dimensão, cujo núcleo central do conflito muda no tempo. E uma importante dimensão nessas disputas entre o Estado e o mercado está centrada no conflito básico entre compradores e vendedores de serviços de assistência médica.

As lutas com a profissão médica, que fazem parte dessa história, sempre se situaram em torno dos limites entre o público e o privado e várias concessões tiveram de ser feitas, estruturando-se os sistemas sanitários com o imbricamento desses dois subsetores.

A autonomia técnica profissional foi, em geral, preservada, a autonomia econômica foi controlada ou regulada, e o Estado coordenou e financiou tal expansão. Essa dinâmica mudou, porém, nas reformas contemporâneas, como discutido a seguir.

Na linguagem econômica, **monopólio** é como se denomina a situação em que uma empresa detém a produção e a venda exclusiva (ou quase) de determinado(s) produto(s), bem(ns) ou serviço(s) que não têm nenhum substituto no mercado (único vendedor). Em geral, há barreiras à entrada no mercado de outras empresas que tencionem vender o mesmo bem ou um bem substituto, protegendo o vendedor da concorrência. Monopólios podem surgir em razão de características particulares do mercado (como é o caso do mercado de serviços de saúde) ou em razão da regulamentação do Estado. Um exemplo clássico de monopólio é o do 'Ato médico', uma lei conquistada pela corporação, que submete qualquer outra ação de profissionais de saúde não médicos ao escrutínio dos médicos.

Monopsonia, por sua vez, é a mão contrária do monopólio, ou seja: é quando numa estrutura de mercado se caracteriza a existência de um único comprador ou de um grande comprador numa posição quase única. É o caso de um sistema nacional de saúde em que quase todos os serviços são públicos e o grande comprador (e pagador) é o Estado.

Esses dois termos também têm significado político, além do econômico, pois o poder monopólico significa que o vendedor possui algum controle sobre o preço do produto, bem ou serviço, mesmo que não seja o único, o que interfere na negociação. E o poder monopsônico quer dizer que o poder do comprador é reforçado, o que permite, por exemplo, impor preços.

Exemplos de monopólio ou de monopsonia na sua forma pura são raros. No caso dos mercados de serviços de saúde, as situações particulares (externalidades) são a regra, e a institucionalização da assistência médica para a população exacerbou as disputas entre o Estado e o mercado. Assim, historicamente, o poder monopólico dos médicos (que são os profissionais dominantes) e dos outros prestadores de assistência médica (que vendem serviços por determinados preços) e o poder monopsônico do Estado (que compra serviços de assistência médica e impõe preços, ou regula os preços de outros compradores, dependendo das características do sistema de saúde) sempre se enfrentaram.

Para refletir

Qual a importância da tecnologia médica na formação profissional e no desenvolvimento da assistência médica nos sistemas de saúde no século XX?

Natureza e dimensões da crise da saúde das décadas de 1960 e 1970

A implementação dos sistemas de saúde centrados na assistência médico-hospitalar levou a duas repercussões centrais, que emergiram com a crise econômica a partir da segunda metade dos anos 70: impulsionou uma espiral inflacionária nos preços dos serviços, exacerbada pela contínua incorporação tecnológica e por dificuldades de controles gerenciais (sobretudo financeiros), e provocou uma avalanche crítica que colocou a assistência médica e o médico, como profissional nuclear, no centro do debate, transformando-a no principal foco das reformas contemporâneas.

Há uma diferença clara na interpretação da crise da saúde nas décadas de 1960-1970 e na de 1980 e, consequentemente, nas prescrições que derivam dos respectivos diagnósticos. Assim, durante o primeiro período (1960-1970), assistiu-se a movimentos críticos simultâneos no setor saúde, que ampliaram o debate setorial e aglutinaram correntes teóricas e políticas as

mais variadas, redundando em propostas de reestruturação da prática médica, recuperação da ênfase nos aspectos preventivos e de saúde pública, revitalização do planejamento setorial em novos moldes, restauração da participação individual e cidadã nos assuntos sanitários e considerável otimismo em relação à possibilidade de reformas positivas.

Foram propostas medidas tanto para limitar a liberdade profissional e desmistificar a medicina em nome de libertar os pacientes da opressão médica quanto para disciplinar, burocraticamente, as organizações publicamente responsáveis e desenvolver mecanismos para estimular oportunidades de participação social ampla no planejamento, no monitoramento e na avaliação dos serviços.

O consenso, na época, denunciava os objetivos meramente empresariais do complexo econômico-industrial na assistência médica e o caráter iatrogênico da tecnologia e das intervenções médicas, e sustentava que a medicina havia se especializado e concentrado em demasia, estando completamente alheia à população a que supostamente deveria servir. O sistema não necessitava tanto de hospitais, mas sim de atenção primária, de incentivos para os médicos se estabelecerem em comunidades distantes ou pouco atrativas e de melhor administração e organização.

Com os novos movimentos sociais, o catálogo de direitos e de grupos com direitos ampliou-se enormemente, tanto em variedade quanto em detalhes, e a assistência médica figurou com destaque nessa generalização de direitos (Starr, 1991). Incluíram-se igualmente nessa agenda os direitos do paciente, que foram muito além das demandas tradicionais nesse campo, colocando em questão a distribuição de poder e a competência profissional, evidenciando o questionamento da soberania dos médicos.

O movimento de mulheres teve importante participação nesse processo e, em termos propositivos, foi o grupo que mais avançou – em sua forma mais radical, argumentava que as mulheres deveriam 'tomar a saúde em suas próprias mãos'. Paralelamente, também se verificou a revitalização da contracultura terapêutica (práticas alternativas, medicina tradicional, uso de ervas medicinais, homeopatia, acupuntura etc.), fortemente manipulada com matizes políticos.

Toda essa gama ampla de críticas, de diversos matizes ideológicos, à direita e à esquerda, confluía em um ponto central, com duas dimensões inter-relacionadas: a oposição ao excessivo privilegiamento da assistência médica nos sistemas de saúde e à centralidade do médico na organização dos serviços.

A partir da segunda metade dos anos 70, com a crise econômica, a crise fiscal do Estado direcionou os refletores para os altos custos da assistência médica, e a questão da eficiência no uso dos recursos e da efetividade nos resultados ocupou o centro da agenda pública setorial. Os serviços médicos absorviam, em média, 7,5% do Produto Interno Bruto (PIB) – mais de 12% nos Estados Unidos –, e o montante público desse gasto totalizava, em muitos países, cerca de 86% (5,5% do PIB), além do fato de a inflação médica manter-se mais alta que os valores da economia em geral, na maioria dos países (Schieber, Poullier & Greenwald, 1991). Ainda que os custos já viessem aumentando desde 1965, a ênfase que se deu então era sem precedentes. Pelo menos duas realidades objetivas haviam mudado: os custos médicos tinham subido com muito mais rapidez do que em qualquer década anterior e a parte governamental neste custo havia aumentado substantivamente, seja nos países com

sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado (como, por exemplo, os Estados Unidos).

Certamente, os avanços da ciência e da tecnologia haviam criado novas demandas de investimento e também tinham aumentado as reivindicações por melhores salários dos trabalhadores dos serviços de saúde, em sintonia com o clima político da época. Mas, sem dúvida, a causa dos altos custos era o aumento dos preços nos componentes da assistência médica, ou seja, o ponto crítico deslocara-se para a estrutura de financiamento dos sistemas sanitários e para a própria estratégia de desenvolvimento dos serviços de saúde implementada até então.

A admissão comum dos efeitos limitados da assistência médica sobre a saúde e dos problemas engendrados pela dinâmica dos serviços não favoreceu apenas um ponto de vista politicamente conservador, pois, ao mesmo tempo, estimulou a reatualização de opiniões mais progressistas sobre a saúde pública e forjou novos conceitos, ampliando em muito o espectro de análises sobre o setor saúde.

O problema é que o impacto político mais imediato das críticas sobre a política de saúde foi centrar a atenção e dar sustentação para políticas que defendiam um maior controle de custos. E se a causa em prol da melhora do acesso aos serviços sanitários havia se debilitado, a causa em favor de reduzir custos estava mais forte do que nunca. Foi assim, portanto, que as mudanças nas opiniões e análises intelectuais vieram complementar as justificativas de maior controle e restrições ao setor saúde impostas, diziam seus defensores, pelas lamentáveis condições econômicas. Unidas, essas duas argumentações, ideologicamente situadas em campos opostos, significaram obstáculos formidáveis a qualquer meta expansionista ou mesmo à manutenção da forma de organização dos sistemas de serviços de saúde.

No fim da década de 1970, o acesso igualitário à atenção médica não apenas havia deixado de ser uma preocupação de muitos governos, mas passou a ser visto como uma das importantes causas do aumento do déficit público. E nos anos 80, as críticas anteriores diminuíram paulatinamente, e a 'crise da saúde' reduziu-se a uma crise do sistema de serviços de saúde, mais especificamente a uma crise de custos dos serviços de assistência médica.

Em síntese, os reformadores e críticos, principalmente os de esquerda, haviam conseguido que a questão da assistência à saúde entrasse para a agenda pública em geral, mas foram surpreendidos sem respostas para a crise fiscal associada, nas décadas de 1970-80, à crise econômica internacional. As reformas redistributivas e reguladoras das décadas de 1960 e 1970 aumentaram muitíssimo os limites da política na assistência sanitária, ampliando a arena setorial. Mas, no final da década de 1970, com base no argumento da crise econômica, a oposição a qualquer política de expansão ou mesmo a manutenção dos padrões de crescimento e desempenho dos sistemas sanitários recuperou um fôlego impressionante: um conservadorismo renovado (neoliberal) tratou de estreitar os limites da política e buscou devolver funções de provisão e de financiamento da saúde ao setor privado, ou seja, reprivatizar o bem público, num movimento inverso ao que se havia observado na primeira metade do século XX.

Para refletir

Quais os principais elementos da crise da saúde foram valorizados na conjuntura dos anos 80? Por quê?

Diagnóstico da crise da saúde e agenda de reformas contemporâneas

A elaboração da agenda de reformas contemporâneas no setor saúde parte de um diagnóstico comum que centra sua crítica na oferta de serviços e benefícios públicos.

Diagnóstico neoliberal da crise dos serviços de saúde na década de 1980

Centrada em argumentos basicamente econômicos, a retórica neoconservadora evidenciou vários problemas, de fato presentes no campo setorial, e estimulou a formulação de um diagnóstico que identificava a necessidade de determinadas mudanças:

1) A inexorabilidade da escassez de recursos não permitiria a manutenção dos padrões anteriores de gasto sanitário e das formas de estruturação dos serviços de assistência médica adotadas nos pós-guerras. Isto é, questionava-se o predomínio dos fundos públicos no financiamento da prestação da atenção médica à população e apregoavam-se tanto a restrição da oferta quanto a descentralização (para níveis subnacionais e para o setor privado).

2) A falta de compromisso dos 'agenciadores do gasto' – os profissionais – com os custos dos serviços provocava a ineficiência dos sistemas de saúde e impedia a identificação de responsabilidades no uso dos recursos, exigindo medidas de restrição da autonomia profissional e o deslocamento do poder monopólico dos prestadores de serviços, com a introdução de mecanismos competitivos e mudanças gerenciais típicas do setor privado (ou seja, o médico foi o alvo central dessa crítica).

3) A reprodução da força de trabalho e a situação de saúde da população não haviam melhorado na mesma proporção do investimento em saúde e dos custos dos sistemas sanitários, o que indicava desperdício e necessidade de redirecionamento de prioridades. Isto é, a relação entre níveis de atenção e o tipo de investimento público deviam ser repensados (leia-se: atenção primária *versus* atendimento hospitalar e pacotes básicos de serviços).

4) A remoção das barreiras de preço na hora do consumo de serviços de saúde remetia sempre a excesso de demandas (tanto no caso do financiamento estatal quanto no do financiamento privado), que devia ser controlado (pelo governo e pelas empresas e seguradoras privadas), mediante a participação financeira do usuário (copagamento) ou coberturas parciais (ou seja, era necessário reprimir a demanda e a utilização de serviços incentivando a 'consciência de custos' no usuário).

5) O desempenho insatisfatório dos serviços ante as exigências do consumidor frustrava a sua liberdade de escolha e não resolvia suas necessidades. Portanto, era preciso abrir o mercado de serviços de saúde para a escolha do consumidor e, por meio da competição entre serviços, eliminar os ineficientes (fundamentalmente os do setor estatal).

À primeira vista, esse 'pacote' de diagnóstico e prescrições parecia pertinente e necessário e angariou muitos simpatizantes, sendo difícil analisá-lo de forma distanciada do senso comum, uma vez que seus defensores o vendiam como uma tardia e necessária modernização gerencial dos serviços sanitários, justificada pela retórica do desempenho e da qualidade da

atenção, designada para acabar com as ineficiências burocráticas e a rigidez profissional que foram acumuladas durante os períodos de expansão dos anos 60 e 70.

O que é instigante na análise da bibliografia que discute a crise dos serviços de saúde, que é vasta e composta por autores dos mais diversos matizes ideológicos, é a homogeneidade dos diagnósticos e das prescrições que advogam. Aparentemente, grande parte dessa literatura absorveu inteiramente a retórica das avaliações neoconservadoras e as premissas neoliberais de forma bastante acrítica, talvez influenciada pela pertinência de alguns pontos do diagnóstico. O problema, entretanto, não está no diagnóstico, mas nas soluções propostas para enfrentar os problemas que enuncia.

Para refletir
Por que o diagnóstico da crise na saúde era pertinente?

Agenda de reforma setorial da década de 1980

Com base nesse diagnóstico, configurou-se um elenco de medidas e procedimentos que formalizaram uma agenda de reforma pós-Estado de Bem-Estar Social (pós-*Welfare*) também para a área da saúde, inicialmente para os países centrais, mas que se expandiu para o resto do mundo.

Essa nova agenda de reforma dos sistemas de serviços de saúde estava centrada numa uma ampla agenda política para a mudança de paradigma da intervenção do Estado na área social (incluída a saúde).

Mudança de paradigma da intervenção do Estado na área social (incluída a saúde)

Princípio

Passar da produção direta de serviços para provisão num ambiente regulatório apropriado: formulação de políticas que se baseassem em subsídios à demanda (e não à oferta) e que levassem em consideração a questão dos custos.

Premissas

- Afirmação da inerente ineficiência do Estado (ou dos serviços estatais) e necessidade de enxugamento das unidades estatais.
- Busca de incentivos empresariais para alcançar uma reação mais apropriada entre oferta e demanda, ou entre impostos e benefícios, ou ainda entre consumidor e serviços.
- Reorganização dos serviços de saúde: superar a racionalização fiscal e desenvolver nos sistemas de saúde a capacidade de se adaptar a um entorno mais competitivo e dinâmico.
- Redefinição do papel do Estado:
  - Separar as funções de financiamento e provisão de serviços: Estado coordenador e regulador, mas não provedor.
  - Introduzir mecanismos de competição nos sistemas: novos mecanismos de repasses de recursos.

Principais pontos da agenda de reforma

- Eficiência gerencial.
- Responsabilização dos profissionais e dos usuários dos serviços com os gastos.
- Resposta às preferências do consumidor (livre escolha).
- Reequilíbrio da alocação de recursos entre o governo (nos seus diversos níveis) e o mercado (setor privado).

Ainda que o empenho para fazer com que o Estado funcione melhor não seja novo na história moderna, nunca antes um movimento de reforma teve uma agenda tão homogênea, foi tão amplo e difundido tão rapidamente. Evidentemente, aumentar a responsabilidade com o usuário, melhorar a organização da distribuição de serviços, inovar no financiamento e na recuperação dos custos, implementar reformas gerenciais e reinterpretar as representações podem ser metas de qualquer governo, independentemente da referência ideológica.

Entretanto, o objetivo maior das reformas dos anos 80 e 90 revela o seu caráter duplamente conservador: por um lado, porque se concentra apenas nas restrições em relação à assistência médica (atenção à doença) e não propõe mudanças substantivas no eixo organizador dos sistemas de saúde (por exemplo, reorientando-os pelos determinantes sociais da saúde na perspectiva da promoção e prevenção). E, por outro, pela inspiração político-ideológica neoliberal que orientou a formulação das reformas, centrada na perspectiva econômica, individualista e que não reconhece o direito à saúde como direito de cidadania.

Assiste-se, assim, à substituição dos valores de solidariedade e igualdade de oportunidade (próprios dos sistemas universais de saúde) pelos de um individualismo utilitarista radical (Mateucci, 1993; Bobbio, 2002), e do princípio de necessidades de saúde pelo de 'risco', monetarizado e definido segundo a posição social e econômica do indivíduo.

Essa agenda de reformas pós-*Welfare* para a saúde possibilitou numerosas adaptações às situações específicas de cada país, mas todas tiveram esse denominador comum, o que permite concluir a inegável importância da hegemonia neoliberal e sua influência nos processos de mudanças na área.

Embora o controle do déficit público e do gasto sanitário esteja subjacente a todas essas reformas, que foram vinculadas às exigências macroeconômicas dos ajustes estruturais, as origens do déficit e os valores do gasto nacional de saúde diferem muito nos países do Norte e nos do Sul.

Para a periferia do capitalismo, em que vários países da América do Sul e do Caribe se inserem, além de África, Ásia e Europa do Leste, a inclusão do tema da reforma setorial na agenda política não se dá por excesso de gasto, mas por outros motivos. Por um lado, o gasto sanitário nacional em muitos países dessas regiões é bastante insuficiente e a capacidade de aumentá-lo é quase uma impossibilidade, mas também é relevante a ineficiência e o desperdício dos recursos existentes. Por outro, as desigualdades históricas foram exacerbadas nesses países pela crise econômica e os ajustes subsequentes, resultando em alarmantes índices de pobreza e agravamento das condições de vida e saúde das populações, concomitantes à diminuição dos investimentos públicos na área social. Essa concomitância de agravos coincide com a emergência e a visualização de novos atores que vocalizam demandas sociais, proporcionadas pelas transições democráticas que ocorreram nos anos 80, em vários países. Por fim, nessas regiões periféricas, a pesada interferência dos credores das dívidas externas dos diversos países, nomeadamente o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, teve papel preponderante na formulação de receitas de estabilização, reestruturação econômica e reforma do Estado, em que a mudança setorial figurou como prioritária. Apesar dessa dinâmica complexa e multifacetada, os mesmos modelos de reforma foram preconizados também para os países das regiões mais pobres.

Para refletir
Por que os fatos históricos, não especificamente setoriais, moldaram a crise da saúde nos anos 70?

Novos modelos de reforma

O principal modelo de reorganização dos sistemas de saúde que orientou a formulação das reformas contemporâneas foi elaborado nos Estados Unidos da América, cujo sistema de saúde é predominantemente privado, o mais caro e ineficiente do mundo: em 2009, o gasto total em saúde era 17,4% do PIB, e o gasto total *per capita* era de US$ 7.960 (valor ajustado para a comparação entre os países da OECD, calculado a partir da 'paridade do poder de compra' do dólar com as outras moedas ou PPP – *purchasing power parity*) (OECD, 2011). Em 2010, aproximadamente 46 milhões de pessoas (15% da população) não tinham cobertura: não tinham plano de saúde privado, nem direito ao Medicare ou ao Medicaid. O restante da população (ao redor de 60%) tinha planos de saúde privados, a grande maioria vinculados à empresa em que trabalhavam (Sommers & Rosenbaum, 2011). A regulação desses planos é bastante favorável às seguradoras e aos empregadores.

O sistema de saúde dos EUA

O sistema de saúde norte-americano é centrado nos seguros privados de saúde. Desde 1965, foram criados dois programas públicos governamentais para grupos específicos – Medicaid e Medicare. Ambos os programas são gerenciados pelo Departamento de Serviços Humanos e de Saúde, do governo federal. E existe ainda um terceiro programa público para os veteranos de guerra.

1) Medicaid – proporciona provisão de serviços de assistência médica para indivíduos e famílias pobres. A coordenação do programa é federal e existem algumas ações obrigatórias, mas cada estado administra o seu próprio programa e pode definir: a) critérios de elegibilidade; b) pacote de serviços; c) preços a serem pagos pelo governo a prestadores e seguradoras; e d) copagamentos ou resseguro, segundo diferentes níveis de renda, exceto para serviços de emergência e de planejamento familiar. O financiamento é federal e estadual: uma porcentagem é financiada pelo governo federal (entre 50% e 83% do custo total), definida anualmente segundo a média de renda *per capita* de cada estado; e o restante é financiado pelo próprio estado. Os pagamentos dos serviços pelo estado podem ser por reembolsos, procedimentos ou pacotes *per capita*. Essa forma de estruturação significa que os benefícios variam em cada estado da federação e, portanto, não são uniformes. Em 2007, o Medicaid cobria cerca de 40 milhões de beneficiários (menos de 12% da população), e o seu custo era de 2,4% do PIB.

2) Medicare – é um seguro social federal e possibilita assistência médica e hospitalar para idosos (65 anos ou mais) e certos cidadãos norte-americanos deficientes (idosos ou, em qualquer idade, com doença renal crônica em estágio final). O programa tem quatro diferentes modalidades de cobertura: duas para a atenção médico-hospitalar (Parte A – obrigatória − e Parte B, também chamada de Seguro Médico Suplementar – opcional e ajustada por beneficiário); e duas outras, também opcionais, uma para certos serviços (Parte C – chamada Medicare Advantage Plan ou Medicare + Choice) e outra para medicamentos (Parte D, desde 2006). Para ter direito ao Medicare, o indivíduo deve ser cidadão norte-americano, ou residente nos EUA há mais de cinco anos contínuos e ter direito aos benefícios de seguro social, com tempo de contribuição mínimo de dez anos. Apenas a Parte A não requer pagamentos adicionais pelo indivíduo, e os planos das partes B, C e D podem variar (conteúdo e contribuição). São oferecidos ainda 12 outros planos para provisão de serviços não assegurados em nenhuma das partes do Medicare – os chamados MediGap Plan. Todos os planos opcionais são fornecidos por seguradoras privadas autorizadas

mediante pagamentos adicionais. O financiamento do programa é feito com base em contribuições obrigatórias de empregados e empregadores (2,9% da folha de pagamento, em geral 50% para cada um), mais os copagamentos e apólices adicionais, e os profissionais e seguradoras são reembolsados pelo governo. Dessa forma, os benefícios são mais amplos para quem pode pagar. Em 2007, o Medicare cobria cerca de 44 milhões de beneficiários (menos de 15% da população), e o seu custo era de 3,2% do PIB.

Para mais informações, ver: <www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid>.

Historicamente, a universalização da assistência à saúde nos EUA e o aumento do papel do Estado na provisão de serviços sempre foi tema de debate e de propostas desde o início do século passado, mas a forte e poderosa oposição do Congresso, das seguradoras privadas e de vários grupos de interesse vinculados à assistência médica sempre obstaculizou essas reformas.

O controle do contínuo e resistente crescimento do gasto total em saúde ao longo dos anos é uma questão permanente na agenda política norte-americana e estimulou a formulação de novos modelos de organização de sistemas e serviços de saúde. Esses modelos são marcados pela tradição liberal das 'livres forças de mercado', e as novas propostas de reforma foram difundidas mundialmente como mecanismos mais eficazes para promover a contenção dos custos da assistência médica e o alcance de melhores resultados nos sistemas de saúde.

O mais importante modelo é o da competição administrada (ou *managed competition*), que foi elaborado com base na atenção gerenciada (ou *managed care*). Esses modelos são discutidos a seguir, pois são a referência teórica fundamental para entender as reformas contemporâneas dos sistemas de saúde.

Atenção gerenciada e competição administrada

A atenção administrada ou atenção gerenciada (*managed care*) é o nome dado às mudanças na forma de gestão do mercado de seguros privados nos EUA e é a precursora da competição administrada. A origem da atenção administrada data do período entre guerras do século passado (XX), mas seu desenvolvimento é mais recente (anos 70).

Atenção administrada: origem e desenvolvimento

A atenção administrada é a precursora da competição administrada e tem longo percurso histórico nos Estados Unidos.

Originada nos anos 20, com base em iniciativas empresariais, das quais a experiência da empresa Kaiser é a mais expressiva, foi reatualizada nos anos 70, quando o governo Nixon institucionalizou o *managed care* como política governamental, ao sancionar uma lei que criava as chamadas Health Maintenance Organizations (HMOs) (Health Maintenance Organizations Act, 1973). Essa lei foi aprovada como uma alternativa política que a um só tempo preservaria a assistência médica empresarial e possibilitaria a diminuição da taxa de crescimento do gasto sanitário. A proposta das HMOs foi elaborada em trabalho conjunto entre representantes do aparelho de Estado e executivos de grandes empresas empregadoras e seguradoras, mas o modelo somente se desenvolveu nos anos 80 (Almeida, 1996a, 1996b, 1999).

DEFINIÇÃO – Consiste numa reatualização dos planos de saúde de pré-pagamento oferecidos pelas HMOs; propõe fornecer assistência médica a grupos específicos (em geral empregados de determinada empresa) com base na negociação prévia de um valor *per capita* e de pacotes assistenciais.

Objetivos – Administrar um sistema privado de assistência médica, voltado fundamentalmente para o controle da utilização de serviços, que abrange tanto o lado da oferta quanto o da demanda. Articula prestação de serviços e financiamento ao mesmo tempo que contém custos por meio de medidas reguladoras da relação médico-paciente e do acesso à atenção especializada e hospitalar. Controla rigidamente a atuação profissional segundo parâmetros de prática médica definidos pela empresa seguradora (protocolos de atenção), centrados nos custos dos procedimentos e não nas necessidades do paciente.

Dinâmica – Os preços desse mercado bilateral (oferta de planos pelas HMOs e demanda de seguros pelas empresas empregadoras) são controlados pela posição quase monopsônica dos empregadores e das HMOs, que controlam, por sua vez, o poder monopólico dos prestadores de serviços (os médicos).

Embora não privilegie a prevenção de doenças ou a promoção da saúde, a atenção administrada vincula-se bastante bem, pelo menos em tese, a uma série de agendas contemporâneas da saúde, tais como a ênfase na promoção e prevenção, na atenção básica e no atendimento extra-hospitalar. E é efetiva no controle de custos, exatamente por conter a demanda por procedimentos e a utilização de serviços mais caros (Almeida, 1999).

A competição administrada (*managed competition*), por sua vez, nutre-se da experiência acumulada nos EUA com a atenção gerenciada (Enthoven, 1997). Essa denominação – competição administrada – tem diferentes significados em distintos países e para autores diversos, mas, na essência, o modelo busca mudar as bases da competição entre compradores e prestadores de serviços de saúde. As origens do modelo estão no final dos anos 70, e seu desenvolvimento ocorre na década seguinte.

Origens da competição administrada

O conceito de competição administrada (*managed competition*) foi elaborado por Alan Enthoven, em 1978, um economista norte-americano da Business School da Universidade de Stanford.

Nos anos 60, Enthoven trabalhava para o Departamento de Defesa e teria formulado o modelo da *managed competition* com outros objetivos. Em 1976, adaptou o modelo para a área de saúde quando preparou um documento para uma reunião promovida pela Federal Trade Commission, em 1977, em Washington, cuja temática foi o alto custo dos seguros de saúde pagos pelas empresas norte-americanas aos seus empregados.

A competição administrada na área da saúde recebeu grande apoio do setor empresarial e das grandes seguradoras nos EUA, por ser potencialmente capaz de reduzir os altos custos da cobertura de seguros privados de saúde, ao mesmo tempo que preservaria o livre mercado no setor.

A inovação proposta pelo modelo da competição administrada é a ideia do mercado trilateral no setor saúde composto por 'consumidores' (compradores dos serviços – demanda), planos de saúde (oferta) e responsáveis (*sponsors*), em contraposição ao mercado bilateral tradicional (oferta e demanda). Os *sponsors* são os 'terceiros pagadores', definidos como ativos agentes coletivos, que contratam planos competitivos e continuamente estruturam e ajustam o mercado privado para superar suas tendências naturais para a iniquidade e a ineficiência (Enthoven, 1978, 1997). Os 'responsáveis' poderiam ser, nos EUA, os empregadores (que pagam planos de saúde para seus empregados), as agências governamentais ou os governos estaduais.

O modelo da competição administrada

O modelo da competição administrada (*managed competition*) se projeta mundialmente a partir dos anos 80.

Definição – Arranjo organizacional de um mercado trilateral na área de saúde administrado de forma a induzir a competição de preços entre planos de seguro e ampliar a cobertura da assistência médica de forma mais eficiente.

Objetivos

1) Reconciliar equidade e eficiência;

2) Agregar a demanda;

3) Organizar a oferta (concentrando o mercado).

Operacionalização – As organizações de atenção gerenciada seriam os atores desse 'novo' mercado, e a competição administrada se refere às regras do jogo que organizam e determinam o seu funcionamento, controladas pelos responsáveis pelo jogo.

Premissa – Contrapor o poder monopólico dos prestadores de assistência médica (profissionais médicos, vendedores de serviços) ao das organizações de poderosos compradores monopsônicos, que representam grandes grupos de pacientes (empregadores que pagam o seguro para seus empregados, órgãos estatais etc.) (Hsiao, 1995), com base na organização e na coordenação do mercado.

Crença – Um sistema privado pode ser modelado e organizado de forma a motivar prestadores a perseguir eficiência na alocação de recursos e consumidores a fazer escolhas conscientes quanto ao custo, com atendimento pleno de suas necessidades. Os responsáveis (*sponsors*) podem ser habilitados na utilização da competição para superar os problemas causados pelas estratégias de lucro dos seguros privados.

As premissas da competição administrada adquiriram muita força porque foram consideradas como o enunciado mais avançado de um enfoque de mercado na organização dos serviços de saúde, que permitiria o alcance de melhor qualidade na atenção, além de estarem perfeitamente afinadas com o clima político neoliberal da época.

A difusão e a implementação em outros países têm pelo menos duas explicações. A primeira é que a proposta da competição administrada é amplamente compatível com fortes políticas regulatórias, requerendo grande capacidade pública de regulação, o que é a tônica nos sistemas de saúde europeus. A segunda é que todo mercado de serviços de saúde tem externalidades e deve operar numa conjuntura de contenção de custos, isto é, a entrada de recursos nesse mercado tem um limite bem estabelecido, embora a demanda seja crescente e infinita, e o modelo pretende impedir que a dinâmica do mercado aumente esse fluxo (como normalmente se observaria num mercado tradicional).

Porém, a ênfase restritiva calcada na contenção de custos, na diminuição da livre escolha dos usuários e na abolição dos pagamentos por unidade de serviços e reembolsos, substituídos pelo financiamento *per capita*, pode trazer muita insatisfação da clientela. As dificuldades inerentes ao modelo e o investimento requerido para obtenção de resultados satisfatórios, além do alto potencial de conflitos que acarretam, pelos poderosos interesses envolvidos no processo, são problemas adicionais.

Mesmo assim, Enthoven tornou-se um dos principais mentores das propostas de introdução de elementos de competição de mercado nos sistemas de saúde, tendo colaborado, por exemplo, para a formulação da reforma do sistema inglês, no final dos anos 80.

O modelo foi objeto de muita polêmica mesmo nos EUA, onde, de fato, não encontrou campo fértil para seu pleno desenvolvimento, apesar das várias tentativas de reforma do sistema de saúde norte-americano ao longo dos anos.

Tentativas de reforma do sistema de saúde norte-americano

O modelo da competição administrada inspirou o programa democrata do senador Kennedy, no fim dos anos 70, e foi reelaborado em meados dos anos 80, mas não chegou a ser implementado. Posteriormente, foi retomado na proposta de reforma do governo Bill Clinton, em 1992; e, mais recentemente, reapareceu na proposta da reforma do presidente Barack Obama, em 2009. Estas duas últimas propostas partiram de princípios semelhantes e tiveram os mesmos objetivos – universalizar a atenção, reduzir custos, aumentar a qualidade dos serviços e possibilitar escolhas pelo usuário. A competição com o sistema público (ou a regulação pública) também provocaria a diminuição dos preços dos seguros privados.

Clinton's Administration Health Care Reform (1992) – Propunha a criação de um programa nacional de saúde, com as seguintes características (Zelman, 1994):

- garantia de cobertura universal com oferta de um pacote integral de benefícios, com ênfase na prevenção;
- extensão da garantia do Medicare a recém-aposentados e estabelecimento de novos programas: tratamentos de longo prazo, medicamentos, cuidados comunitários e no domicílio;
- definição de valores diferenciados de copagamentos (até pagamento integral) segundo o nível de renda do usuário;
- criação de novas organizações (health insurance purchase alliances) responsáveis por oferecer os planos de saúde (certificados pelo Estado), administrar o sistema, organizar o mercado de serviços (públicos e privados) e garantir a provisão;
- financiamento do sistema mediante contribuições dos empregados e empregadores, diferenciadas segundo o tamanho da empresa e o número de empregados.

Essa reforma não foi aprovada pelo Congresso e foi abandonada em 1995, mas o modelo da competição administrada foi implementado com relativo sucesso em alguns estados, como Califórnia e Oregon.

Em 2009, o presidente Barack Obama propôs uma nova reforma do sistema de saúde norte-americano com a Lei de Proteção do Paciente e de Atenção Acessível (Patient Protection and Affordable Care Act), aprovada em 2010.

Apesar dos desafios operacionais, a reforma do governo Obama representa a aprovação, pela primeira vez, da maior expansão de cobertura em saúde nos EUA para a população de baixa renda, desde a criação do Medicare e do Medicaid (Skocpol, 2010). Após a aprovação da nova lei, e antes da sua sanção pelo presidente, houve grande movimento de oposição dos republicanos e dos *lobbies* de empresários para declarar sua inconstitucionalidade.

A regulamentação é crucial para articular a implementação em nível federal e estadual. Quem ganha com a reforma são os adultos pobres não segurados e, sobretudo, com problemas de saúde. Mas será necessária a filiação de milhões de adultos saudáveis para garantir o *pool* de riscos que viabilizará a reforma.

É possível que a crise econômica atual (2011) e o ciclo eleitoral (2012) dificultem o processo de regulamentação da reforma, com estratégias de pressão da oposição para regulamentações favoráveis ou de obstrução, que podem provocar um recuo gradual e silencioso da reforma, pois os principais financiadores das campanhas eleitorais são exatamente os seus

opositores e lobistas do Congresso. Além disso, como o voto é facultativo nos EUA, os pobres em geral não votam, e os principais eleitores são os grupos sociais de renda média e adultos (inclusive idosos), que, por sua vez, estão receosos com possíveis mudanças ou perdas nos seus benefícios. Agrega-se ainda a possibilidade de cortes e déficits orçamentários. A lógica é, portanto, mais política do que fiscal e a batalha está apenas começando (Skocpol, 2010).

A nova reforma do sistema de saúde norte-americano

A reforma proposta pela Lei de Proteção do Paciente e de Atenção Acessível (Patient Protection and Affordable Care Act), aprovada em 2010, promove uma mudança parcial do sistema e alguma redistribuição geracional de benefícios sociais, ao possibilitar oportunidades de acesso a um seguro de saúde para indivíduos e famílias de baixa renda, além da manutenção dos programas existentes.

Essa mudança ocorre com base em dois mecanismos (Skocpol, 2010; Sommers & Rosenbaum, 2011):

- Ampliação da elegibilidade para o Medicaid para todo cidadão não idoso com renda até 133% da linha de pobreza federal.
- Definição de subsídios para os não elegíveis para o Medicaid, mas com renda até 400% acima da linha de pobreza federal, que poderão receber benefício fiscal (crédito no imposto de renda – chamado *exchange*) calculado sobre o preço do plano de seguro de saúde adquirido em nível estadual.

Alguns dos principais desafios para sua implementação são apontados por analistas (Skocpol, 2010; Sommers & Rosenbaum, 2011):

- A elegibilidade aos benefícios e subsídios mudará com as alterações da renda, que é influenciada também pela composição e pelo tamanho da família.
- O movimento de entrada e saída do Medicaid (historicamente muito frequente nos EUA) afeta também a cobertura (períodos sem plano). A oferta de uma segunda cobertura (subsídio – *exchange*) tenta superar esse problema, mas podem ocorrer também mudanças no tipo de plano e na rede de prestadores.
- A legislação federal do Medicaid estabelece que os estados devem conduzir as definições (e revisões) de elegibilidade uma vez ao ano. Mas os indivíduos devem informar a mudança de renda sempre que ela ocorra, sob pena de pesadas sanções legais (financeiras) já existentes.
- A nova lei inclui outras medidas para melhorar o funcionamento do sistema: aumento da proteção para a população rural; apoio a cooperativas não lucrativas de seguros; estratégias de promoção e prevenção da saúde; revisão da forma de pagamento de hospitais e médicos centrada na qualidade e nos resultados.
- O financiamento viria da taxação sobre a população mais rica (que ganha acima de US$ 250.000,00 por ano), os negócios e as empresas e do corte nos subsídios para seguradoras privadas envolvidas no Medicare.

O pleno funcionamento da reforma não será efetivo antes de 2014: a sua operacionalização é bastante complexa. Embora a lei esteja vigente desde 2010, serão necessários vários anos para a aprovação de regulamentações, definição de subsídios, adequação de impostos etc. envolvendo mais de cinquenta estados; além do mais, as agências federais são poucas e terão de capitanear o processo.

Para saber mais sobre a reforma, consulte: <www.healthcare.gov>.

Para refletir

Quais são os elementos que identificam a lógica econômica e o referencial teórico da economia no modelo da competição administrada?

O mercado interno inglês

O Sistema Nacional de Saúde inglês (National Health Service – NHS) é considerado um dos paradigmas mundiais de estruturação de sistemas nacionais de serviços de saúde no mundo ocidental. A reforma do NHS, proposta pelo documento *Working for Patients*, em 1989, foi gestada na década de 1980 e implementada a partir do início dos anos 90, sob o signo do thatcherismo, isto é, durante o primeiro governo neoconservador da primeira-ministra Margareth Thatcher. O ambiente político e ideológico daquele momento era de exacerbada sensação de ineficiência organizacional do setor público, devido fundamentalmente à dominância dos grupos corporativos na arena setorial (principalmente os médicos), segundo o diagnóstico do governo.

O Sistema Nacional de Saúde inglês: história e desenvolvimento

O Sistema Nacional de Saúde inglês (NHS) foi criado no fim da Segunda Guerra Mundial, em 1946, e sua implementação começou em 1948.

É um sistema público, universal, financiado por impostos gerais arrecadados pelo Estado, e a assistência à saúde é um direito do cidadão. É um exemplo clássico de política nacional de saúde do Estado keynesiano.

Historicamente, no Reino Unido a atenção primária e a atenção especializada sempre foram conduzidas de forma separada, e os médicos generalistas (*general practitioners* – GPs) têm *status* diferente dos especialistas que trabalham nos hospitais, além de representações próprias. O NHS incorporou essa separação, mas articulou os dois níveis de atenção, de forma sem precedentes até então, e nacionalizou, isto é, estatizou, todos os serviços de saúde (privados lucrativos ou beneficentes).

Assim, o NHS é estruturado em dois grandes blocos: a atenção básica, prestada pelos GPs, que funciona como porta de entrada no sistema, isto é, todo cidadão deve se inscrever com um GP localizado próximo à sua área de moradia; e a atenção especializada e hospitalar, para cujo acesso é necessário o encaminhamento de um GP, exceto em casos de urgência ou emergência. Os GPs não são funcionários do Estado, mas contratados e pagos por capitação (segundo o número de pessoas inscritas em sua lista), além de receberem outros recursos para prestar determinados serviços definidos especificamente para esse nível de atenção. Os especialistas são funcionários públicos e trabalham em hospitais financiados com recursos públicos.

O NHS sempre foi o sistema de saúde mais eficiente da Europa, levando-se em consideração o elenco de serviços que oferta. Desde a sua criação, o gasto nacional público em saúde sempre esteve em torno de 6% do PIB, bem abaixo da média europeia. Também é histórica a sensação de crise e 'desfinanciamento', sendo que a existência de listas de espera é relatada desde os primórdios de sua implementação. Porém, nos anos 80, o NHS estava pesadamente subfinanciado devido às políticas deliberadamente restritivas do governo Thatcher, com sérios problemas no atendimento à população e forte sensação de crise, além de enfrentar numerosos conflitos na arena setorial, principalmente com os profissionais (Day & Klein, 1991). O objetivo da reforma, portanto, não foi controlar os gastos, ainda que a retórica política utilizasse essa justificativa.

O setor privado é minoritário e complementar no NHS (cerca de 15% do gasto sanitário total em 2010), atuando nos atendimentos eletivos (não urgentes), assim como o seguro privado, concentrado em Londres. Estudos sinalizam grande probabilidade de aumento do setor privado no sistema de saúde, como resultado da tendência privatizadora das reformas recentes (tanto dos governos trabalhistas quanto da coalizão conservadora atualmente no governo).

A essência da reforma está na definição de novos mecanismos de alocação de recursos para os hospitais e para a atenção primária, estabelecendo-se contratos entre o Estado e os prestadores para o repasse dos recursos financeiros nesses dois níveis. Assim, instituíram-se

dois tipos de compradores de serviços: as District Health Authorithies (DHAs), equivalentes a secretarias de saúde, e os GPs; e dois tipos de prestadores: os hospitais transformados em empresas públicas autônomas – chamados NHS *trusts* – e os próprios GPs, que passaram a gerenciar recursos financeiros para organizar a assistência aos clientes de suas respectivas listas.

O modelo é construído segundo uma lógica de gestão econômica, centrada na introdução dos princípios de economia de escala e de competição no sistema público de saúde. Explicando melhor, os serviços públicos de saúde não teriam mais orçamentos assegurados segundo o gasto histórico e previsão de necessidades, mas seriam comprados mediante contratos que incluiriam avaliação de desempenho e cumprimento de metas. A economia de escala seria alcançada porque, teoricamente, os compradores de serviços elegeriam os 'melhores' e mais baratos, em distintas instituições ou organizações, independentemente de seu estatuto jurídico ou mesmo localização geográfica, compondo o elenco de prestações para atender às necessidades de saúde da população que deveriam abranger. Tal dinâmica estimularia uma 'saudável' competição entre os prestadores, que se esforçariam para obter ou manter seus contratos. Essa forma de organização é denominada 'quase mercado', pois a entrada e a saída desse mercado não estão dadas apenas pela oferta e pela demanda, mas também pela necessidade dos consumidores, definida, na realidade, pelos compradores de serviços, que atuam segundo os limites de caixa dos recursos disponíveis. Daí a denominação do modelo de mercado interno (*internal market*) e do lema ' o dinheiro segue o paciente'.

O mercado interno da reforma do sistema de saúde britânico

O mercado interno, criado com a reforma em 1989, foi justificado como uma 'modernização' e introduziu mudanças significativas na gestão do sistema. Mas a reforma manteve os princípios estruturantes do NHS – universalidade, solidariedade, atenção integral – e conservou a estrutura de organização de serviços, o financiamento público e a condução centralizada. O seu princípio central foi a reorganização do sistema público na perspectiva de um 'quase mercado'.

LÓGICA DO MODELO

- Introdução de mecanismos competitivos entre prestadores e compradores de serviços no sistema público de saúde, mediante contratos para repasse de recursos orçamentários (para GPs e hospitais).
- Mudança do estatuto jurídico das instituições públicas (ex.: transformação em empresas públicas ou *trusts*), que deveriam atuar num ambiente competitivo e sob o marco regulatório do contrato.
- Separação de funções de provisão e financiamento, com fortalecimento do papel regulador do Estado.
- Estabelecimento de economia de escala na compra dos serviços necessários para atender à demanda e às necessidades dos consumidores (que não são os usuários, mas os compradores de serviços – GPs e autoridades de saúde).

Alguns dos principais resultados da implementação do mercado interno

Desde o início a implementação da reforma inglesa evidenciou vários problemas (Ham, 1996; Bindman, Weiner & Majeed, 2001; Klein, 2003), entre os quais se destacam:

- O gasto sanitário total aumentou, e o impacto na alocação de recursos e no desempenho do sistema foi bastante limitado.

- Os custos administrativos do sistema, decorrentes das negociações e da elaboração dos contratos, aumentaram, e a soma de múltiplos contratos não levou à diminuição de filas de espera ou à melhor qualidade nos serviços de saúde.
- A separação entre financiamento e provisão mudou a correlação de forças entre os diferentes atores no sistema, favorecendo os GPs.
- ‘O dinheiro não seguiu o paciente’ e predominam os contratos em bloco, insensíveis às mudanças no perfil de necessidades, evidenciando a inadequação dos incentivos preconizados pelo modelo.
- A compra de serviços não instituiu a economia de escala nos serviços, seja pelas complicações que acarretaria no acerto financeiro posterior, seja pela fragmentação que provocaria e possibilidade de falência de serviços cruciais na estrutura regionalizada e hierarquizada do NHS.
- O aumento de custos conduziu à adoção de políticas mais restritivas – redução do número de funcionários e DHAs e controles mais rígidos (de custos e gastos) –, assim como ao aumento das regras definidas centralizadamente.
- A mudança na forma de alocação de recursos para os GPs (contratos) induziu a valorização financeira das clínicas privadas e o lucro individual, pela autorização de uso dos saldos orçamentários dos GPs *trusts* para melhoria na capacidade instalada de seus consultórios.
- O investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico aumentou, seja para subsidiar o monitoramento e a avaliação da reforma, seja para a elaboração de novos instrumentos de controle.

Em 1997, o Partido Trabalhista voltou ao poder, com o lema do ‘Novo Trabalhismo’, substituindo a longa administração neoconservadora anterior (1979-1997) e permanecendo no governo até 2010.

O governo de Tony Blair, iniciado em 1997, assumiu o mandato de ‘modernizar’ o setor público, e no topo dessa agenda estava a modernização do NHS (Smith, 2002), afirmando-se que o “NHS estaria seguro nas mãos dos trabalhistas” (Maynard & Street, 2006), curiosamente o mesmo lema adotado por Madame Thatcher nos anos 90. Inicialmente, o governo manteve a estrutura original do mercado interno e os níveis de gasto em saúde e priorizou reformas incrementais. Mas, após a crise de disponibilidade de leitos, no inverno de 1999, foi anunciado, em 2000, o aumento do gasto sanitário nacional (7% por ano) por um período de sete anos, incremento de serviços e várias iniciativas para implantação de mecanismos e indicadores de gestão por desempenho (Smith, 2002; Maynard & Street, 2006). Dois documentos-chave orientaram a reforma trabalhista e traçaram várias metas para o período de dez anos: o White Paper The New NHS, de 1997, e o Plano para o NHS, de 2000 (2000 NHS Plan) (Smith, 2002; Leys, 2011).

Os objetivos da gestão por desempenho foram centrados no atendimento da demanda reprimida e na governança clínica (*clinical quality*), e três mecanismos foram criados com funções regulatórias, operando sob princípios de custo-efetividade e limites orçamentários

bastante baixos: Estruturas do Serviço Nacional (National Service Frameworks – NSFs), com o objetivo de estabelecer padrões de atenção para condições e serviços específicos; o Instituto Nacional de Excelência Clínica (National Institute of Clinic Excelence – NICE), com a finalidade de definir protocolos para uso e incorporação de tecnologias em saúde; e a Comissão para Melhorias na Saúde (Comission for Health Improvement – CHI) para monitorar o sistema (Smith, 2002; Maynard & Street, 2006). Os instrumentos centrais estavam voltados para a avaliação tecnológica e promoviam a medicina baseada em evidências. Três prioridades foram definidas – melhora da atenção de emergência, redução das listas de espera e implementação de protocolos clínicos –, mas a ênfase principal recaiu sobre os hospitais de atenção a enfermidades agudas (*acute care trusts*) (Smith, 2002).

Foi lançada ainda uma nova estratégia de privilegiamento da atenção primária (*primary-care-led* NHS) (Bond & Gunji, 2003), e em 2002 criaram-se os Primary Care Trusts agrupando todos os GPs de uma determinada área, que assumiram a função de 'compradores', novos centros de saúde (*walk-in centres*) e Centros Independentes de Tratamento (Independent Sector Treatment Centre – ISTC). Os ISTC eram pequenas clínicas privadas lucrativas, especializadas em procedimentos agudos ou eletivos, de baixo risco, financiadas pelo NHS, inclusive usando o seu logotipo, e operadas pelo próprio pessoal do NHS. Essas novas organizações competiam, portanto, com os GPs do modelo original, que perderam o monopólio da atenção primária (Leys, 2011).

Abriram-se negociações com especialistas e GPs para a revisão de seus respectivos contratos, que começaram a operar em 2003 e 2004 e deviam competir por recursos a cada renovação. Passou a ser permitido o trabalho dos profissionais do NHS no setor privado, com desconto mínimo nos salários e nos contratos. Por sua vez, as clínicas privadas foram autorizadas a contratar GPs. Os hospitais deveriam ser pagos segundo resultados (Maynard & Street, 2006; Leys, 2011). Para suprir a falta de profissionais de saúde no país, o governo estimulou ativamente o recrutamento de profissionais estrangeiros, sobretudo da Índia (Mainard & Street, 2006).

Em meados de 2006, constatavam-se aumento dos atendimentos de doenças agudas e diminuição das listas de espera para cirurgias eletivas, mas as evidências indicavam também aumento importante do déficit do NHS e diminuição da produtividade, apesar do crescimento orçamentário. Os profissionais médicos, historicamente considerados mal remunerados no NHS, aumentaram seus ganhos substancialmente, favorecidos pelas novas condições contratuais, ao mesmo tempo que já começava a aparecer o desemprego no sistema. O principal problema estaria na falta de controle do gasto sanitário, impulsionado tanto pelos novos arranjos organizacionais, pela pouca efetividade da incorporação tecnológica, cumulativa às tecnologias já existentes, quanto pelo preço dos medicamentos e outros insumos (Maynard & Street, 2006; Leys, 2011).

Após as eleições de 2005, que reelegeram os trabalhistas, ante a crítica situação financeira do NHS, o governo decidiu implementar um mercado regulado (*managed market*) em que, diferentemente do mercado interno, o setor privado seria estimulado, mas operaria em estruturas definidas e controladas pelo Estado. Para isso, foram tomadas várias medidas (Leys & Player, 2011):

1) Adotou-se o modelo de fundações sanitárias (*foundation trusts*), por inspiração das fundaciones sanitarias espanholas. Essas organizações operam como organizações

privadas, com orçamentos públicos vinculados ao desempenho, pagamentos por resultados (preços dos procedimentos definidos segundo custo e risco) e são reguladas apenas financeiramente por um regulador independente (monitor). Até 2008, todos os *trusts* deveriam estar transformados em fundações e, até 2014, todos os hospital *trusts* deveriam ser fundações ou serem incorporados a uma fundação. A previsão era de que vários *trusts* menos competitivos desapareceriam em cerca de vinte anos.

2) Os trabalhadores comunitários (*community care staff*) deveriam reorganizar-se – integrando os *primary care trusts* (PCT) como autônomos ou como empregados de empresas privadas. E até abril de 2011, todos os profissionais que estivessem fora dos PCTs deveriam se vincular a uma fundação.

3) Foram instaladas cerca de quinhentas policlínicas (os *GPs-led health centres*), a partir de 2007, com o objetivo oficial de proporcionar maior integração do sistema. Em 2010, dos 152 PCTs, 140 já haviam criado policlínicas e um terço delas eram gerenciadas por corporações privadas, muitas por GPs empresários. No final desse mesmo ano, vários centros já haviam fechado e a maior parte não integrava serviços especializados e de atenção primária como previsto.

Em junho de 2006, a Associação Médica Britânica (British Medical Association) lançou um manifesto e uma campanha – Keep our NHS public– com severas críticas às reformas de mercado, que permanece ativa até hoje, com *site* aberto à participação de pessoas, profissionais e organizações da sociedade civil (British Medical Association, 2006).

Segundo Leys e Player (2011), a 'privatização disfarçada' aconteceu nos governos trabalhistas sem grandes debates e sem o conhecimento claro dos usuários. Tal situação foi possível por vários motivos, entre os quais se ressalta: por um lado, a implementação de mudanças no âmbito gerencial que não precisavam ser aprovadas pelo congresso; e, por outro, a privatização do próprio Estado, que incorporou nos principais postos da saúde profissionais oriundos do setor privado, estabeleceu acordos (*concordat*) com a Associação Independente de Atenção Médica (Independet Health Care Association) e apoiou a formulação de suas propostas em *think thanks* privados que albergavam comunidades de política de saúde − tais como o King's Fund Institute e o Nuffield Trust − cujos conselhos diretores têm fortes representantes do setor privado.

As intenções privatizadoras dos trabalhistas não se concretizaram plenamente, porque o novo setor privado, estimulado e financiado pelo setor público, não agregou nova capacidade nem efetividade ao sistema e, com a crise econômica de 2008, os investidores privados não conseguiram os recursos prometidos (Leys, 2011). Havia muita incerteza em relação aos cálculos de riscos e lucros e a eleição do novo governo estava próxima.

Em 2010, os trabalhistas perderam as eleições, depois de quase 13 anos no poder, e pela primeira vez no Reino Unido foi eleita uma coalizão de governo: o primeiro-ministro é do Partido Conservador e o seu vice é do Partido Liberal-Democrata. A nova reforma do NHS proposta pelo governo (Health and Social Care Bill) é explicitamente privatizadora e dá visibilidade e aprofunda um percurso que já vinha ocorrendo há dez anos, aproveitando todas as iniciativas anteriores. O *lobby* da indústria da saúde foi um importante cabo eleitoral nessa eleição (Leys & Player, 2011; Leys, 2011).

A reforma conservadora-liberal propõe substituir todos os serviços públicos por prestadores privados, que ofertariam um pacote básico de serviços para todos, financiado com recursos públicos, e os demais procedimentos seriam comprados no mercado, parcialmente (mediante copagamentos) ou integralmente (gasto privado direto). A oposição é grande, mas, aparentemente, o que já foi estruturado no sistema de saúde será difícil reverter, e alerta-se que há grande chance de o NHS se transformar numa *franchise* ou apenas numa logomarca (*kitemark*) (Leys, 2011).

Para refletir

Acesse o *site* Keep our NHS public (www.keepournhspublic.com/index.php), veja o vídeo *The Health Industry Lobbying Tour* e leia a palestra de Colin Leys, "The plot against the NHS", baseada no livro de mesmo nome e disponível no *site*.

Quais impactos essas reformas conservadoras podem ter sobre o direito à saúde no Reino Unido?

O pluralismo estruturado da reforma colombiana

A reforma do sistema de saúde da Colômbia, cujo modelo é chamado de 'pluralismo estruturado', foi a primeira proposta de reforma setorial para a região sul-americana que tentou articular, num modelo específico, as principais ideias difundidas internacionalmente. A elaboração do modelo nutre-se das inovações da competição administrada e do mercado interno inglês, assim como das críticas à reforma extremamente privatizadora do sistema chileno (implementada nos anos 80). O modelo do pluralismo estruturado foi recomendado para a região sul-americana como o mais efetivo para o alcance de melhores níveis de eficiência e equidade nos sistemas de saúde.

O pluralismo estruturado: modelo recomendado para a região sul-americana

A proposta teórica do pluralismo estruturado foi elaborada como um documento do Banco Mundial, por Juan Luis Londoño y Julio Frenk (Londoño & Frenk, 1997), e foi apresentada por Londoño, ministro da Saúde da Colômbia no período em que a reforma foi aprovada, na Reunião Especial de Ministros da Saúde sobre Reforma do Setor Saúde na América Latina e Caribe (Special Meeting of Ministers of Health from Latin America and the Caribean on Health Sector Reform), realizada em Washington, em 1995, e promovida pelos principais organismos internacionais – Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização dos Estados Americanos (OEA), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais (United Nations Fund for Population Activities – UNFPA) e Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (U.S. Agency for International Development – Usaid).

A criação do novo Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) da Colômbia foi justificada pela grande precariedade do sistema de saúde colombiano antes da reforma, que não atendia às demandas da população, e pela necessidade de universalizar a cobertura populacional e melhorar a qualidade da atenção, superando as desigualdades.

O sistema de saúde colombiano antes da reforma

Até o início dos anos 90, o sistema público de saúde colombiano era precário e ineficiente, e a seguridade social cobria apenas cerca de 20% da população. A demanda por serviços era enorme e o sistema não conseguia atender. Aqueles que possuíam recursos utilizavam-se dos serviços privados ou iam para o exterior para cuidar de seus problemas de saúde. Os indicadores de morbimortalidade eram alarmantes (Londoño, 1996).

Quando foi elaborada a nova Constituição do país, em 1991, foram incluídos no texto legal os princípios que deveriam reger o sistema de saúde: universalidade, solidariedade e eficiência. Foi explicitada também a necessidade de busca de meios de sustentação financeira e de pluralidade de agentes públicos e privados para assegurar a provisão de serviços. Em 1993, foi promulgada a lei da reforma propriamente dita (lei n. 100 – Lei da Reforma do Sistema de Seguridade Social em Saúde).

Essa reforma se insere no processo de reforma do Estado e foi formulada por um grupo insulado no aparelho de Estado, contando com suporte técnico externo. Paralelamente, a descentralização do sistema já vinha ocorrendo desde meados da década de 1970, mas se consolidou na década de 1990 (Yepes, 1998). Nesse processo, paulatinamente foram transferidas para o nível local as responsabilidades pelas ações tradicionais de saúde pública e pela atenção básica, separadamente das ações de assistência médica.

O elemento central do modelo de competição administrada 'adaptado' à realidade latino-americana, ou a sua 'versão tropical' (pluralismo estruturado) (Londoño, 1996), é o caráter público do financiamento estruturando sob novas bases o modelo de seguro nacional de saúde.

O pluralismo estruturado do sistema colombiano: competição administrada 'adaptada' à realidade latino-americana

Definição: Seguro nacional de saúde + competição administrada + elementos do mercado interno inglês ('quase mercado').

Características do modelo

1) Financiamento público com regimes diferenciados:

- Regime contributivo (RC): para os que estão no mercado formal de trabalho, com contribuição compulsória.
  - Financiado com 12,5% do salário (era 12% até 2007), sendo 8,5% pagos pelo empregador (antes 8%) e 4,0% pelo trabalhador. Os trabalhadores independentes devem aportar o total de 12,5%.
- Regime subsidiado (RS): para os pobres, identificados segundo avaliação do nível de pobreza.
  - Financiado com 1,5% (até 2007 era 1%) de cada contribuição do RC (primeiro elemento de 'solidariedade' entre regimes), que constitui 34% do orçamento total; recursos públicos oriundos de impostos gerais e parafiscais (47%) e recursos dos estados e municípios (19%).
- Vinculados: para os que não se filiam a nenhum dos dois regimes, ou perdem a filiação ao RC quando ficam desempregados. Devem ser atendidos pelo setor público, em nível municipal.
  - Financiados somente com recursos públicos orçamentários.

2) Nova configuração do sistema com 'especialização dos atores':

- Separação de funções de provisão e financiamento e mudança do papel do Estado (coordenação e regulação).
- Criação de novas instituições específicas públicas e privadas (lucrativas e não lucrativas), que seriam os responsáveis (*sponsors*):

- ▲ Entidades Promotoras da Saúde (EPS) – públicas e privadas: responsáveis pela arrecadação das contribuições e pela garantia da prestação de serviços.
- ▲ Empresas Sociais do Estado (ESE): hospitais públicos transformados em empresas autônomas de cogestão (ESE), dirigidas por uma junta composta por representantes do Estado, da comunidade e dos profissionais, e financiadas mediante a venda de serviços (contratos).
- ▲ Instituições Prestadoras de Serviços (IPS): prestadores de serviços de saúde (públicos e privados).
- ▲ Sistema de Identificação de Beneficiários (Sisben): para identificação dos pobres com direito a serem subsidiados.
- ▲ Fundo de Solidariedade e Garantia (Fosyga): para recolhimento de recursos e garantia do financiamento solidário entre regimes.

3) Definição de benefícios e taxas de utilização

- Plano Obrigatório de Serviços (POS) diferente para cada um dos regimes: POS-C e POS-S.
- Copagamentos na hora da utilização dos serviços, para os dois regimes.

4) Autorização de Pacotes Complementares (PAC) privados, com pagamentos e planos adicionais, para riscos específicos não incluídos no POS-C ou hotelaria.

5) Mecanismos competitivos

- Livre escolha da EPS pelos filiados do regime contributivo.
- Contratos entre compradores e prestadores de serviços.

A forma de financiamento dos regimes constitui o primeiro elemento de solidariedade do sistema. As entidades seguradoras (EPS) recebem a contribuição diretamente dos filiados, da qual retêm a Unidade de Pagamento por Capitação (UPC) para cada membro coberto da família (que funciona como uma apólice de seguro), e são diferentes para cada regime. As EPS são obrigadas a oferecer o POS-C a partir de prestadores próprios ou contratados (públicos e privados), com os recursos da UPC do regime contributivo, que é ajustada por idade e sexo. Para o regime subsidiado, o POS-S é bem menor (Hernández, 2002); a UPC-S equivale aproximadamente a 60% da contributiva e tem ajuste apenas para áreas remotas. As EPS são obrigadas ainda a contratar um resseguro para cobrir riscos catastróficos.

Em 2002, a Corte Constitucional exigiu que num prazo relativamente curto os dois POS fossem igualados, mas não definiu claramente esse prazo. E, a partir de 2004, foi introduzido o subsídio parcial, com uma UPC de 40% do valor da subsidiada, destinada a cofinanciar alguns conteúdos do POS-S (Yepes *et al.*, 2010).

A seguradora é obrigada a repassar ao Fosyga os excedentes gerados pela diferença entre os montantes arrecadados e os valores das UPCs de seus filiados (segundo elemento de solidariedade do sistema). O Fosyga deve compensar aquelas empresas ou entidades que eventualmente tenham balanço negativo, além de apoiar o financiamento do regime subsidiado. Os recursos fiscais correspondentes ao regime subsidiado são transferidos diretamente do nível federal aos municípios, e os recursos de solidariedade são transferidos diretamente pelo Fosyga. Os municípios, por sua vez, contratam as seguradoras (Yepes *et al.*, 2010).

Para legitimar a reforma e evitar os conflitos corporativos, institucionalizou-se o Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde (CSSS), composto por amplo espectro de atores (representantes de usuários e de diferentes organizações, públicas e privadas, com

mandato de três anos) e com funções de legitimar as regras de operação do sistema. Por fim, criaram-se também os Conselhos Territoriais de Saúde, com a mesma finalidade.

A Colômbia foi o primeiro país na região latino-americana onde o modelo foi formulado e implementado de forma completa. Mais recentemente, a República Dominicana implantou modelo semelhante, financiado com empréstimos do BID.

Vários autores indicam que, desde o início de sua formulação, a reforma enfrentou muitos problemas e resistências. A decisão estratégica foi desenvolver rapidamente a operacionalização do modelo, logo após a promulgação da lei marco da reforma (em 1993), assim como todas as regulamentações fundamentais, garantindo a irreversibilidade da reforma, pois restavam apenas oito meses de governo e os então dirigentes não conseguiram fazer o sucessor em 1994.

Para contrapor a instabilidade doméstica, com as mudanças constantes de ministro da Saúde, e apoiar a implementação da reforma, foram assinados três créditos com os bancos internacionais (BM e BID) e contratou-se a assessoria de um grupo de especialistas da Escola de Saúde Pública de Harvard, nos Estados Unidos, para elaborar o plano de implementação e monitorá-la (Londoño, 1996).

A reforma do sistema de saúde colombiano foi radical e abrupta. O novo sistema é complexo e as maiores dificuldades estão na sua própria concepção. Ademais, a forma açodada como foi implementada complicou ainda mais a sua operacionalização.

A lógica do modelo está centrada na mudança de subsídios à oferta (serviços públicos) para subsídios à demanda (seguros individuais), e acreditava-se que a população se filiaria progressivamente, não apenas pelo aumento significativo dos recursos públicos, mas também porque se esperava que o país tivesse um comportamento macroeconômico favorável, de crescimento positivo e sustentado, o que ocorreu nos anos 80, mas não se manteve nos 90. O regime subsidiado seria transitório. À medida que a população fosse ascendendo socialmente se filiaria ao regime contributivo, o que tampouco ocorreu.

O início do regime subsidiado foi postergado, só deslanchando no final dos anos 90, tanto pelas crises políticas e organizacionais quanto pela diminuição dos recursos públicos, em razão da crise econômica e do combate à guerra civil (na qual o país está mergulhado há mais de cinco décadas).

O setor privado cresceu e se reestruturou e as novas entidades seguradoras deslocaram a posição de mercado dos planos de pré-pagamento anteriores. Embora sejam financiadas com recursos públicos, as novas EPS privadas atuam como seguradoras privadas 'puras', praticando a seleção de risco e de clientela e a contenção de custos, além de estimular o consumo dos planos privados complementares (PAC), que cresceram como um mercado privado paralelo. Muitas dessas seguradoras estão associadas a grandes companhias seguradoras nacionais e internacionais (que não atuavam originalmente no âmbito da saúde), e se constata forte presença de capital estrangeiro no setor.

Para refletir

Quais são os elementos teóricos da competição administrada e do mercado interno que estão presentes no modelo do pluralismo estruturado implementado na Colômbia?

Alguns dos principais resultados de implementação do pluralismo estruturado

Alguns problemas emergiram rapidamente, em todas as dimensões da reforma, evidenciando a falta de capacidade de implementação e de regulação do Estado.

Os resultados de implementação do modelo têm aspectos positivos e negativos, além de problemas estruturais (Yepes *et al*., 2010).

Principais resultados das mudanças no sistema e problemas estruturais da reforma colombiana

MUDANÇAS IMPLEMENTADAS COM A REFORMA

1) Altera a forma de financiamento do sistema.
2) Cria novas organizações e, consequentemente, novos atores (públicos e privados).
3) Redefine o papel dos atores anteriores.
4) Incorpora os pobres no mercado de serviços de saúde.
5) Fortalece o papel do setor privado na saúde.
6) Modifica o papel do Estado, retirando-o da provisão de serviços e mantendo suas funções de coordenação e regulação do sistema.

RESULTADOS E PROBLEMAS ESTRUTURAIS

Resultados positivos	Resultados negativos	Problemas estruturais
GERAIS • Aumento da população assegurada (cobertura). • Aumento da equidade no financiamento (ainda insuficiente): ajuste das UPCs por risco e áreas remotas. • Aumento da equidade com a focalização dos subsídios (financeiros) nos pobres, também ainda insuficiente. • Aumento da cobertura de pré-natal e de parto institucional. • Aumento de acesso à primeira consulta. • Aumento das consultas de promoção de doenças (no regime contributivo). • Diminuição do gasto privado direto do bolso. • Transformação do direito à saúde em direito fundamental (2007). • Criação do direito de tutelas judiciais.	INDICADORES DE SAÚDE • Aumento da mortalidade por doenças passíveis de prevenção e controle. • Deficiência nas vacinações: aumento de casos de coqueluche, febre amarela, raiva. • Aumento de casos de doenças infectocontagiosas: tuberculose. • Piora no controle das endemias e epidemias: malária, dengue. ACESSO AOS SERVIÇOS • Dificuldade de acesso a consultas especializadas, exames diagnósticos e medicamentos. • Aumento das tutelas por problemas de acesso. NA QUALIDADE DA ATENÇÃO • Aumento da mortalidade materna e perinatal, apesar de cobertura institucional. • Aumento da sífilis congênita, apesar do pré-natal. • Aumento de internações e mortalidade infantil por causas evitáveis (diarreias e infecções respiratórias agudas). • Agravamento de casos de doenças crônicas (diabetes, hipertensão), mesmo com aumento de cobertura.	INIQUIDADES • No direito à saúde e de acesso a serviços: divisão entre pobres e cidadãos. • No valor das UPCs e na forma de ajuste. • Na cobertura: quantidade e tipo de serviços disponíveis para diferentes grupos sociais. • Na subordinação do sistema aos ciclos econômicos. ACESSO AOS SERVIÇOS • Barreiras financeiras: POS diferenciados e copagamentos. • Barreiras organizacionais: geográficas, administrativas (seleção de riscos e clientelas; contenção de custos); fragmentação do sistema. INEFICIÊNCIAS • Custos administrativos altos e desnecessários. • Demoras no fluxo de recursos no sistema: forma de arrecadação e diferentes fontes. • Desequilíbrio entre incentivos: financeiros e centrados nas necessidades de saúde.

Apesar de alguns problemas com as fontes de dados, que se tentando superar, vários autores destacam os resultados ambíguos da reforma (Jaramillo, 2002; Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez & Castaño-Yepes, 2002; Echeverri-López, 2002; Yepes *et al.*, 2010; Vargas *et al.*, 2010), que são confirmados pela análise das contas nacionais em saúde (Barón-Leguizamón, 2007):

- Aumento do gasto nacional total em saúde, assim como da parte pública desse gasto, embora com oscilações: passou de 6,2% do PIB em 1993 para 9,6% em 1997 e decresceu para 7,8% em 2003, tendendo a se estabilizar nesse nível. A participação pública desse gasto passou de 1,4% do PIB em 1993 para 3,4% em 1997 e 3,1% em 2003.
- Aumento importante do gasto com o seguro social de saúde (regimes contributivos e subsidiados), que passou de 1,6% do PIB em 1993 a 2,8% em 1997 e 3,5% em 2003.
- Diminuição do gasto privado em saúde, que passou de 3,3% do PIB em 1993 (53% do gasto total em saúde) para 3,4% em 1997 e 1,2% em 2003 (15% do gasto total e do gasto direto do bolso, que aumentou de 2,7% do PIB em 1993 para 2,9% em 1997 e diminuiu para 0,6% em 2003.
- Gasto *per capita* muito baixo, apesar do aumento do financiamento público: US$ 152,00 em 2000, integrando os 66% dos países com gasto inferior a US$ 500,00.
- Desequilíbrio no uso dos recursos assistenciais: em média, dos 66,2% do gasto utilizados no período 1993-2007 para atenção em saúde, uma parte muito baixa foi destinada às ações de promoção e prevenção (7,4% em média) e aos programas de saúde pública (2,1% em média), enquanto para a atenção médica foram usados 90,6% (60% para atenção ambulatorial e 30,6% para a hospitalar).
- Altos custos administrativos e operacionais do sistema, que consomem grande parte dos recursos públicos – 17% em média, no período 1993-2007.
- Aumento importante da cobertura total da população (86% em 2011, sendo 40% no regime contributivo e 46% no subsidiado); esse aumento foi maior nas populações mais pobres e nas zonas rurais (Colômbia, 2010).
- Universalização incompleta e permanência da desigualdade: cerca de 14% da população não estão filiados (os vinculados), sendo 43% entre os mais pobres e 14% entre os mais ricos (Colômbia, 2010; Yepes *et al.*, 2010).
- Tendência à concentração do asseguramento nas poucas e maiores EPS privadas: registra-se crescimento sustentado e importante do gasto das EPS privadas, desde 1996, e diminuição contínua do gasto das EPS públicas desde 1999.
- Aumento da fragmentação do sistema e falta de integração entre os níveis de atenção, pela diversidade e descontinuidade de contratos entre seguradoras e prestadores de serviços e falta de mecanismos de coordenação.
- Competição limitada no sistema, pois em sua maioria os municípios são pequenos, existindo apenas um único prestador de serviços e poucas seguradoras.

- Livre escolha restrita, pois existe tempo mínimo de permanência numa seguradora para autorização de mudança, e a escolha do prestador só pode ser feita entre os contratados pela seguradora.
- Intensa mobilidade entre os dois regimes, pelas crises econômicas e pela instabilidade do emprego, gerando dupla filiação, atrasos nos fluxos financeiros, atitudes oportunistas das EPS, corrupção etc.
- Crescente déficit dos municípios, que carecem de recursos para a prestação do POS-S e da atenção aos não segurados, além das ações de saúde pública, pois as transferências federais têm diminuído e as responsabilidades locais têm aumentado.
- Deficiências dos sistemas de informação e das bases de dados.

Em 2008, a seguridade social passou a ser considerada um direito fundamental do cidadão, e foi introduzido pela Corte Constitucional um mecanismo para fortalecer o cumprimento do direito à saúde (chamado *tutela*). Deste então, utilizando-se um procedimento judicial ágil e rápido, é permitido reclamar o cumprimento imediato de procedimentos negados ou excluídos dos dois POS. Essa mudança legal aumentou de forma importante as ações judiciais contra o sistema de saúde: entre 2003 e 2008 as tutelas cresceram 68%, principalmente de filiados ao regime contributivo (Sojo, 2011). Essa situação tem pressionado o aumento das prestações e o estabelecimento de um único POS para os dois regimes.

O aumento das tensões, além do desfinanciamento do sistema e da judicialização do direito à saúde, fomentou uma grande crise em 2010, exacerbada quando o governo lançou a 'emergência social', propondo medidas de racionalização do gasto setorial e de arbitragem de recursos adicionais.

Parte substantiva da sociedade colombiana se organizou em oposição à 'emergência social', que foi declarada inconstitucional no final de 2010, no apagar das luzes do governo. Mas o novo governo eleito conseguiu aprovar, em janeiro de 2011, uma nova lei de reforma do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) (lei n. 1.438), apesar de fortes críticas de diferentes atores (principalmente organizações da sociedade civil e de profissionais) e apoio de outros (sobretudo as EPS). Essa lei contém praticamente a mesma proposta anterior embalada no formato de lei ordinária e foi difundida como panaceia para todos os males do sistema.

Em síntese, a sociedade colombiana está dividida em relação a essa 'reforma da reforma'; as discussões são acirradas. Um grupo de organizações da sociedade civil que atua no setor saúde constituiu uma Comissão de Seguimento e Reforma (CSR), que foi oficialmente reconhecida pela Corte Constitucional como assessora para o assunto. Paralelamente, tramita no Congresso uma segunda lei, estatutária e mais incisiva na redução do direito à saúde.

Algumas avaliações merecem ser consideradas. Afirma-se que a nova lei inclui temas caros ao debate setorial há anos, tais como priorização da atenção primária, atualização e unificação dos planos de benefícios, portabilidade, planejamento e organização de redes de serviços, melhoria do sistema de informação e implantação do observatório da reforma. Argumenta-se que não teria sido necessária uma lei ordinária, pois o governo sempre contou com ferramentas administrativas para implementar essas mudanças, mas não houve vonta-

de política para tal. Portanto, a incorporação dessas demandas na organização do sistema seria uma 'cortina de fumaça' para distrair o debate e encobriria outra mudança, de grande magnitude, que modifica e redefine os princípios do SGSSS, entre eles o de sustentabilidade: vinculam-se as ações do SGSSS à disponibilidade de recursos financeiros atrelados ao equilíbrio fiscal (lei 1.438, art. 3, item 3.13).

De fato, se aprovada pela Corte Constitucional, essa mudança é um golpe mortal no direito à saúde e na concepção da saúde como política social na Colômbia. Seria a retomada do período dos ajustes macroeconômicos da década de 1980, quando o gasto social em geral, e o de saúde em particular, não foi privilegiado, senão como instrumento do ajuste fiscal (Almeida, 1999).

Alguns resultados das reformas contemporâneas

A revisão das reformas dos sistemas de saúde demonstra que elas foram desenhadas com base em elementos comuns presentes na agenda homogênea difundida mundialmente, ainda que tenham sido adotadas diferentes formas de reorganização dos serviços de saúde nos distintos países. Essas reformas tentaram, de alguma forma, conciliar eficiência e equidade, mas não tiveram grande sucesso.

Para refletir
Como se explicam as diferenças nos resultados da implementação dessas reformas contemporâneas em distintas partes do mundo?

Em muitos países a situação é especialmente dramática, seja pelos efeitos das crises e dos processos de ajuste macroeconômico, que diminuem os recursos públicos, seja pela falta de capacidades reguladora e de implementação, agravadas pela deterioração das instituições públicas. Como consequência, em termos gerais, os modelos de reforma propostos – e que vêm sendo implementados – não têm possibilitado a superação das desigualdades existentes, seja no norte, seja no sul do mundo, e em muitos casos agravaram a precária capacidade resolutiva dos sistemas de saúde, aprofundando as iniquidades, sobretudo no sul. Essa situação tem reacendido a discussão em torno da equidade e de como operacionalizar políticas mais inclusivas e que possibilitem o alcance de melhores níveis de satisfação das necessidades da população. Alguns dados são arrolados a seguir.

Em termos gerais, pode-se dizer que nos países da Europa Ocidental e no Canadá, onde os sistemas de saúde são majoritariamente públicos, as mudanças foram centradas na forma de alocação de recursos e na flexibilização da gestão, com a separação das funções de financiamento e provisão de serviços, mas sem alterar os princípios estruturantes dos sistemas (universalização e formas de financiamento). O núcleo central da mudança foi a perda das transferências automáticas de recursos públicos e a sua vinculação à definição de pacotes de serviços necessários, a serem comprados, e ao cumprimento de indicadores de desempenho definidos em contratos.

Esses mecanismos foram acompanhados de instrumentos diversos para aumentar a autonomia de gestão e de decisão (por exemplo, hospitais convertidos em distintas modali-

dades de empresas públicas – autônomas –, nos sistemas públicos, ou em hospitais privados não lucrativos nos sistemas de seguro nacional de saúde). Tais incentivos também foram introduzidos na atenção básica com a perspectiva de aumentar a influência desse nível de atenção no sistema (por exemplo, os *GP fundholders* ou os *primary health care groups* e *trusts* na reforma inglesa). O revigoramento da atenção básica, de práticas extra-hospitalares e domiciliares, tem sido empregado para diminuir o gasto com a atenção hospitalar.

A competição entre seguradoras se institucionalizou em poucos países (Alemanha, Bélgica, Holanda, Israel e Suíça), de forma muito particular e incremental, reforçando a proteção da solidariedade e os níveis de equidade mediante forte regulação estatal. E não significou diferenças entre o catálogo de serviços para distintas clientelas. Os debates nacionais sobre os pacotes de serviços a serem ofertados à população levaram ao desenvolvimento de novos instrumentos para avaliação das intervenções (medicina baseada em evidências), aumento do investimento na avaliação tecnológica, inclusive para medicamentos, com criação de agências específicas, desenvolvendo-se diretrizes e protocolos clínicos ou implantando-se auditorias clínicas, estudos de custo-efetividade etc. (exemplos: novas instituições no Reino Unido e os Cochrane Centers, atualmente com sede em vários países). Utilizam-se agora mais ferramentas de controle de custos e se definem melhor as prioridades.

Esses processos resultaram em profundas revisões da organização dos sistemas de serviços de saúde, no aumento e no fortalecimento da intervenção reguladora do Estado, em pesados controles para a contenção de custos, em geral com estabilização ou mesmo pequeno aumento do gasto sanitário total, exceto nos Estados Unidos – onde, apesar do aumento da regulação, pública e privada, e de importante interferência na autonomia técnica do médico, o gasto sanitário continua subindo, ainda que a uma velocidade menor, permanecendo como o país que ostenta o sistema de saúde mais caro do mundo e mais iníquo, com menor cobertura populacional, se comparado com seus pares com o mesmo nível de desenvolvimento.

Apesar da retórica da polarização entre regulação e competição, o resultado mais evidente dessas reformas, até o momento, é um Estado mais intervencionista e regulador, contrariamente ao que se alardeava como principal justificativa para as reformas – necessidade de 'menos Estado'.

Nos países europeus, a preservação dos princípios universais e de mecanismos de financiamento não se deu como revalorização da solidariedade, mas sim como dimensões cruciais da regulação estatal, que asseguraria tanto a contenção de custos quanto os padrões redistributivos mínimos. A ideia de separação de funções prosperou, mas a de introdução de mecanismos competitivos foi muito criticada. E as propostas de privatização ou de aumento do setor privado seguem na agenda política.

Mais recentemente, a partir do final da primeira década do século XXI, 'reformas das reformas', ancoradas pelas crises econômicas e animadas pelo retorno ao poder dos conservadores (como no Reino Unido), causam apreensão sobre a possível retomada das teses neoliberais radicais.

Para a Europa do Leste, América Latina, Ásia e África, os modelos de reforma implementados foram muito mais radicais e de complexa operacionalização, vinculados, em sua grande maioria, a exigências e condicionantes dos ajustes macroeconômicos e prescrições do Banco Mundial, apesar do fato de que nessas regiões se parte de condições iniciais muito mais

precárias e se está submetido a dificuldades financeiras importantes, resultando, em alguns casos, no desmonte dos sistemas de saúde anteriores, sem nenhuma garantia de melhora na atenção prestada à população ou da capacidade de implementação do Estado. Mesmo quando o gasto privado já era historicamente alto, como na América Latina, estimulou-se maior participação do setor privado na gestão e na provisão de serviços, implantaram-se mecanismos de copagamento, instituíram-se a liberdade de escolha de afiliados e a competição entre entidades seguradoras e prestadoras, implantando-se estratégias de quase mercado na prestação pública de serviços. De maneira geral, todas essas medidas têm aumentado ainda mais o gasto privado, paralelamente à diminuição dos recursos públicos, numa dinâmica inversa à que se observa nos países europeus.

Também se faz sentir de forma mais incisiva nessas regiões uma importante difusão de ideias e do poder de indução dos organismos internacionais, pregando-se a focalização da oferta pública nos grupos sociais mais necessitados (que não tenham condições de satisfazer suas necessidades no mercado privado), priorizando-se a prestação de serviços básicos e de baixo custo, alegando-se que essas medidas permitiriam o alcance de maior abrangência e eficácia, além de maior equidade.

O estabelecimento da separação de funções foi implementado de diferentes maneiras, constituindo 'quase mercados', mas com várias especificidades (Sojo, 2001, 2003): foram criados pacotes diferenciados de serviços, com distintas amplitudes e coberturas para diferentes grupos sociais, segmentando-se o direito de acesso aos serviços de saúde; em alguns países mais atrasados, em termos de cobertura das necessidades de saúde das populações de forma solidária e universal, e com maiores dificuldades financeiras, a ênfase foi posta na focalização nos mais pobres. O impacto dessas mudanças foi muito diverso, dependendo da estruturação histórica de cada sistema de saúde, do nível de organização, do grau de capacidade de implementação e de regulação, elementos em geral bastante frágeis nos sistemas de saúde latino-americanos.

Além das mudanças mencionadas, a criação desses quase mercados privilegiou a participação de entidades privadas, promovendo a criação de mercados privados de seguros, financiados com recursos públicos, onde anteriormente eram minoritários ou não existiam (como Chile e Colômbia) e que funcionam praticamente desregulados. Ressalta-se ainda a diversidade de organizações envolvidas na prestação de serviços (Colômbia, Guatemala e República Dominicana), que provoca interrogações em relação à efetiva capacidade técnica e ética de entidades tão desiguais, mais ainda quando são habilitadas sem um rigoroso processo de avaliação.

Observa-se descuido dos aspectos epidemiológicos e de execução dos programas de saúde pública, de prevenção e controle de enfermidades endêmicas, epidêmicas ou transmissíveis, baixa integração dos níveis de atenção e dificuldades no estabelecimento de redes de referência e contrarreferência, sendo que a reestruturação dos sistemas não foi desenhada segundo as necessidades da população e a redistribuição da oferta territorial.

Por fim, a débil integração dos aspectos de gestão dos contratos nesses mercados limita bastante seu impacto como instrumento regulador, mesmo com o estabelecimento de padrões que devem ser cumpridos (Sojo, 2001, 2003). A falta de mecanismos (ou de capacidade) adequados e efetivos de supervisão, monitoramento e avaliação (Colômbia) e as tentativas de regulação posteriores (Guatemala, Chile e Brasil) levam a diversos problemas pela enor-

me resistência desses novos e poderosos atores no sistema. Em síntese, a implementação dos quase mercados implica modificações de grande complexidade – política, técnica e de recursos humanos – e os obstáculos que emergem para seu funcionamento adequado são formidáveis. Além disso, enfatizam-se a pouca efetividade e os resultados pífios, sem superação (ou até com agravamento) das desigualdades históricas.

Obviamente, existem exceções na região latino-americana, como os casos da Reforma Sanitária brasileira, a da Costa Rica e a de Cuba, mas excluindo-se este último país, que mantém seu sistema de saúde inalterado desde os anos 70, apesar dos problemas econômicos impostos pelas restrições externas, os outros dois países não ficaram imunes à agenda reformadora contemporânea.

No Brasil, como discutido em outro capítulo deste livro, diferentemente de seus vizinhos latino-americanos, a construção de um projeto alternativo de reforma do sistema de saúde não ocorreu por indução externa. Remonta aos anos 70, ainda na época da ditadura militar, e está articulado à intensa transformação da sociedade brasileira, principalmente nos anos 80, durante a transição democrática. Nesse período o modelo das relações Estado-sociedade foi duramente criticado, além de cobrada a enorme dívida social acumulada durante as décadas precedentes. O movimento da Reforma Sanitária nasceu e se consolidou na sociedade civil organizada, expandindo-se e articulando coalizões que ganharam força política na transição democrática. A inscrição do direito à saúde como direito de cidadania na nova Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foram fruto desse processo. Entretanto, uma vez aprovada a reforma, a implementação do SUS vem sendo obstaculizada, entre outras coisas, pela submissão da política social em geral – e de saúde em particular – aos ditames dos ajustes macroeconômicos e aos cortes orçamentários para pagamento da dívida externa.

Porém, as ideias de separação de funções e de privatização também foram incorporadas, no Brasil, na proposta de reforma administrativa do Estado do final dos anos 90, pelo então ministro Bresser Pereira, do Ministério da Reforma Administrativa do Estado (Mare), criado em dezembro de 1995 e extinto em janeiro de 1998. Essa reforma se traduziu, na saúde, na institucionalização das chamadas organizações sociais, modelo jurídico de organizações públicas não estatais de direito privado, constituídas na forma de fundação ou sociedade civil sem fins lucrativos, com autonomia financeira e administrativa. A relação entre essas organizações e o Estado é regulada por compromissos mútuos, definidos em contratos (Bresser Pereira, 1998). E, posteriormente, na criação das agências reguladoras independentes – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000.

Para conhecer as características do SUS, leia o capítulo 12.

Ainda que parte dessa reforma do Estado tenha sido abortada, alguns elementos permaneceram, pela enorme heterogeneidade do sistema de saúde, num país continental como o Brasil. E a luta para viabilizar a consolidação e o fortalecimento do SUS e o embate com o setor privado é permanente e sem tréguas, pois também aqui a regulação dos planos e seguros de saúde privados foi bastante tardia, bem posterior à sua criação e operação, ainda que por motivos diversos. Mesmo assim, apesar das inúmeras dificuldades de implementação do SUS e dos vários problemas não resolvidos, pode-se dizer que o Brasil ainda constitui um modelo diferenciado em relação aos demais países latino-americanos.

No caso da Costa Rica, a exemplo das reformas europeias, foi mantida intocada a estrutura original de sistema de saúde, como também seus princípios fundadores, com seguro universal de saúde, administração e estrutura financeira públicas. Comparada a outros países da América do Sul e do Caribe, a Costa Rica se caracteriza por altos níveis de inversão social em geral, com excelentes indicadores de saúde, comparados a Cuba e ao Chile, que se aproximam dos níveis de alguns países europeus. Além disso, encontra-se em elevada posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em razão, entre outros fatores, dos resultados de seu sistema de saúde, que possui uma das mais altas coberturas da região. Apesar de também ter se ressentido da crise econômica nos anos 80, a Costa Rica ainda conserva a responsabilidade social e pública no sistema de seguridade social, mantendo a estrutura histórica do sistema. A reforma vem sendo implementada gradualmente, financiada com empréstimos do Banco Mundial, desde 1996, quando se formalizou a separação das competências da Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) e do Ministério da Saúde e começaram a ser introduzidos mecanismos competitivos e inovações no âmbito da gestão, com a separação de funções operacionalizada pelos contratos de gestão destinados a melhorar a eficiência, a eficácia e a equidade (Sojo, 2001, 2003).

A proposta é implantar uma nova racionalidade administrativa, supostamente baseada na demanda e não na oferta, desenvolvendo quase mercados nos serviços de saúde, seguindo a agenda dominante de reforma. A questão central, entretanto, foi implantar separação e especialização de funções sem criar novas entidades exógenas ao sistema original, um 'quase mercado para dentro', e altamente regulado (Sojo, 2001). Os resultados desse processo, em andamento, ainda estão para ser mais bem avaliados.

Para concluir

A busca dos decisores e planejadores responsáveis pelas mudanças nos sistemas de saúde de inspiração em modelos de políticas de reforma implantados alhures não é nova na história da estruturação dos serviços de saúde no mundo, o que é atestado pela difusão tanto do seguro-doença alemão, a partir do século XIX, quanto da ideia do acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania, no século XX, nos pós-guerras, cuja vanguarda é inglesa.

Entretanto, reformar o Estado não é simplesmente uma questão de vontade política para implementar as fórmulas institucionais 'corretas'. Os esforços para transformar a moldura institucional na qual a política é formulada e implementada são afetados pela história pregressa de cada sociedade, pelas negociações e pelos conflitos entre os grupos de interesse domésticos e internacionais, políticos e burocratas, muitos dos quais têm importante sustentação na manutenção do status quo institucional.

A redefinição do papel do Estado em campo sanitário, nos marcos da ênfase na regulação e no enfoque seletivo se insere na perspectiva de legitimação da política econômica restritiva, ou seja, é coerente com a mudança da função distributiva do Estado (privilegiamento do setor privado, da diversidade, da competição de mercado e da concentração da ação estatal no combate à pobreza), mas busca também o consenso para a sua implementação, ao incluir os principais tópicos presentes no debate crítico setorial e pactuar uma ação articulada entre instituições, sobretudo em nível internacional.

O privilegiamento do princípio da pobreza e não da cidadania se dá num contexto de fortalecimento internacional de um poderoso setor privado no campo da assistência médica, de escassez de recursos para a implementação dos chamados bens públicos e de constrangimentos da autonomia dos Estados nacionais para formular suas políticas, configurando uma arena decisória extremamente complicada.

A discussão das implicações das linhas de reforma contemporâneas para a eficiência, a efetividade e a equidade nos sistemas de saúde evidencia várias contradições. Essas contradições são identificáveis na análise detalhada da própria agenda reformadora: entre o aumento da eficiência e a diminuição da equidade na perspectiva das reformas orientadas para o mercado; entre o aumento da eficiência e a diminuição do acesso aos serviços de saúde, com as medidas de contenção de custos; entre o aumento da eficiência, a perda da atenção integral e a diminuição do acesso, com possível aumento das desigualdades, nos modelos de separação entre financiamento e provisão, competição administrada etc., além dos problemas administrativos e de regulação e daqueles oriundos da privatização.

No caso da América Latina, as políticas macroeconômicas, os déficits do balanço de pagamento e o pagamento dos juros dos empréstimos internacionais têm afetado de forma importante a disponibilidade de recursos, ante um leque de opções cada vez mais restrito. Na perspectiva de aumentar a credibilidade dos compromissos dos governos com as políticas macroeconômicas, as lideranças nacionais têm recebido incentivos muito claros para a priorização e a implementação de determinadas políticas de reforma.

Essa lógica política se complica, porém, quando sai do terreno do gerenciamento macroeconômico e entra no elenco mais amplo de questões como bem-estar social, em que a saúde se insere. As reformas nesta área são menos visíveis para o setor financeiro internacional, a não ser como gasto nacional e porcentagem do déficit público; implicam maior coordenação intersetorial e cooperação entre os diferentes grupos da sociedade civil, incluindo os distintos níveis de governo (Nelson, 2001) – o que não impede, porém, que as agendas e as receitas sejam difundidas, como analisado.

Alguns estudos já demonstram os impactos positivos e negativos dessas novas formas de gerenciamento e alocação de recursos para a prestação de serviços, das mudanças na combinação público e privado e da ênfase no mercado nas reformas sanitárias contemporâneas na região latino-americana.

Por sua vez, os impactos do gasto sanitário total (eficiência, custo-efetividade) na saúde da população (resultados), sobretudo no que concerne à equidade e à qualidade da assistência, vêm sendo trabalhados. E os conflitos na arena setorial têm se multiplicado, no norte e no sul (ex.: Colômbia, Reino Unido, EUA e Brasil).

Pode-se afirmar que as políticas neoliberais introduziram novas tensões nos domínios da saúde, enfatizando o esgotamento das políticas passadas, e as reformas contemporâneas de cunho neoliberal desconsideraram o papel da política e do conflito na sua formulação e implementação. Da mesma forma, negligenciaram a importância dos valores culturais e sociais que medeiam o impacto da estruturação dos novos subsídios e incentivos que têm sido introduzidos por essas reformas. Entretanto, essa aparente autonomia e independência se desfez e os efeitos negativos desses processos já são evidentes para a sociedade.

Em síntese, as relações entre o Estado e o mercado no setor saúde apresentam substantivas falhas do mercado (externalidades) que proporcionam numerosas razões para o maior envolvimento público do que em outras atividades, além do fato de que os sistemas de saúde são complexos por definição e extremamente variados, profundamente inseridos na realidade concreta de cada sociedade, e não é fácil delinear conclusões definitivas e universais, passíveis de transposições mecânicas de uma sociedade à outra.

Na realidade, as evidências empíricas que atestam ou contestam os resultados propalados pelas receitas reformadoras em termos de transparência no processo de decisão (democratização), eficiência e equidade estão sendo construídas *pari passu* à implementação das próprias reformas. A exigência de investimentos é, portanto, considerável, o que em princípio contraria as teses de contração do financiamento público e de redução do escopo de atuação do Estado.

Para terminar, enfatiza-se e reitera-se que as reformas contemporâneas – aliás, como historicamente todas as demais – são datadas no tempo e no espaço e estão vinculadas a processos mais amplos da dinâmica da sociedade, que extrapolam em muito o campo setorial. É fundamental, portanto, entender a gênese dessas mudanças, para poder decifrar sua complexidade e analisá-las de forma crítica e propositiva.

Leituras recomendadas

ALMEIDA, C. M. Crise econômica, crise do Welfare e reforma sanitária. *In*: GERSCHMAN, S. & WERNECK, M. L. (Orgs.) *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

ALMEIDA, C. M. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.): 23-36, 2002.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-Neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDERSON, P. Além do neoliberalismo. *In*: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-Neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BARÓN-LEGUIZAMÓN, G. Gasto nacional em salud de Colombia 1993-2003: composición y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 9(2): 167-179, 2007.

CHERNICHOVSKY, D. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, 73(3): 339-372, 1995.

DAY, P. & KLEIN, R. Britain's health care experiment. *Health Affairs*, 10: 39-59, 1991.

ECHEVERRI-LÓPEZ, E. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. *Gerencia y Políticas de Salud*, 3: 76-94, 2002.

LEYS, C. The plot against the NHS. Palestra ministrada no Goldsmiths College, University of London, em 8 abr. 2011. Disponível em: <www.keepournhspublic.com/index.php>. Acesso em: 18 ago. 2011.

SALTMAN, R. A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*, 4(4): 287-293, 1995.

LONDOÑO J. L. & FRENK, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41: 1-36, 1997.

SOJO, A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la Cepal*, 80: 121-140, 2003.

SOJO, A. La creación de condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, políticas de protección social y restricciones financieras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2.673-2.685, 2011.

Sites de interesse

Keep Our NHS Public – para conhecer o movimento de oposição às reformas do NHS no Reino Unido: www.keepournhspublic.com

Para conhecer as medidas da 'reforma Obama' na saúde nos EUA: www.healthcare.gov

Atualidades sobre saúde e informações sobre o Medicare e o Medicaid nos EUA: www.medicalnews-today.com/info/medicare-medicaid

Referências

ALMEIDA, C. M. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. *In*: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996a.

ALMEIDA, C. M. Os Modelos de Reforma Sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, 5: 3-47, 1996b.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 263-286, 1999.

ALMEIDA, C. Reformas del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agendas, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9): 55-79, 2005.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo e além do neoliberalismo. *In*: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-Neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BARÓN-LEGUIZAMÓN, G. Gasto nacional em salud de Colombia 1993-2003: composición y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 9(2): 167-179, 2007.

BENNETT, R. J. Decentralization, intergovernamental relations and markets: towards a post-welfare agenda? *In*: BENNETT, R. J. (Ed.) *Decentralization Local Government and Markets: towards a post-welfare agenda*. Nova York: Clarendon Press Oxford, 1990.

BINDMAN, A. B.; WEINER, J. P. & MAJEED, A. Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability. *Health Affairs*, 20(3): 132-145, 2001.

BOBBIO, N. *Teoria Geral da Política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BOBBIO, N. *Igualdade e Liberdade*. 5. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

BOND, M. & GUNJI, A. The commissioning function of primary care groups and trusts. *The Japanese Journal of Social Security Policy*, 2(1): 32-45, 2003.

BRESSER PEREIRA, L. C. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 49: 1, 1998.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. Keep our NHS public, 2006. Disponível em: <www.keepour-nhspublic.com/index.php>. Acesso em: 18 ago. 2011.

CÉSPEDES-LONDOÑO, J.; JARAMILLO-PÉREZ, I. & CASTAÑO-YEPES, A. Impacto de las reformas en sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4): 1.003-1.024, 2002.

COLÔMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (MPS). Departamiento de Administración Nacional y Estatistica (DANE). *Encuesta de Calidad de Vida: República de Colombia*. Bogotá: MPS/DANE, 2010.

DAY, P. & KLEIN, R. Britain's health care experiment. *Health Affairs*, 10: 39-59, 1991.

ECHEVERRI-LÓPEZ, E. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. *Gerencia y Políticas de Salud*, 3: 76-94, 2002.

ENTHOVEN, A. Consumer-choice of health plan: a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *New England Journal of Medicine*, 298(13): 709-720, 1978.

ENTHOVEN, A. Market-based reform of US health care financing and delivery: managed care and managed competition. *In*: SCHIEBER, G. (Ed.) *Innovations in Health Care Financing: proceedings of a World Bank Conference*. Washington: World Bank, 1997. (World Bank Discussion Paper n. 365).

FIORI, J. L. Sobre a crise contemporânea: uma nota perplexa. *Síntese: Nova Fase*, 20(62): 387-402, 1993.

HAM, C. Population-centered and patient-focused purchasing: the U.K. experience. *The Milbank Quarterly*, 74(2): 191-214, 1996.

HERNÁNDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4): 991-1.001, 2002.

HSIAO, W. C. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 32: 125-139, 1995.

IMMERGUT, E. *Health Politics: interests and institutions in Western Europe*. Nova York: Cambridge University Press, 1992. (Cambridge Studies in Comparative Politics).

JARAMILLO, I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 16(1): 48-53, 2002.

KLEIN, R. Britain's National Health Service revisited. *The New England Journal of Medicine*, 350(9): 937-942, 2003.

LEYS, C. The plot against the NHS. Palestra ministrada no Goldsmiths College, University of London, em 8 abr. 2011. Disponível em: <www.opendemocracy.net/ourkingdom/colin-leys/plot-against-nhs>. Acesso em: 18 ago. 2011.

LEYS, C. & PLAYER, S. *The Plot against the NHS*. London: Merlin Press, 2011.

LONDOÑO, J. L. Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana. *Revista de Análisis Económico*, 11(2): 37-60, 1996.

LONDOÑO J. L. & FRENK, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41: 1-36, 1997.

MATEUCCI, N. Liberalismo. *In*: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G. (Orgs.) *Dicionário de Política*. 5. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993. v. 2.

MAYNARD, A. & STREET, A. Seven years of feast, seven years of famine: boom to bust in the NHS. *British Medical Journal*, 332(7.546): 906-908, 2006.

NELSON, J. Las políticas de reformas del sector social: fases, dimensiones y estrategias. *Socialis: Reflexiones Latinoamericanas sobre Política Social*, 5: 7-31, 2001.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en> Acesso em: 27 set. 2012.

SANTOS, W. G. A trágica condição da política social. *In*: ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G. & COIMBRA, M. A. (Orgs.) *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SCHIEBER, G. J.; POULLIER, J. P. & GREENWALD, M. L. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs*, 10(3): 22-38, 1991.

SETTEMBRINI, D. Reformismo. *In*: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G. (Orgs.) *Dicionário de Política*. 5. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993. v. 2.

SKOCPOL, T. The political challenges that may undermine health reform. *Health Affairs*, 29(7): 1.288-1.292, 2010.

SMITH, P. Performance management in British health care: will it deliver?. *Health Affairs*, 21(3): 103-115, 2002.

SOJO, A. Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la Cepal*, 74: 139-157, 2001.

SOJO, A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la Cepal*, 80: 121-140, 2003.

SOJO, A. La creación de condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, políticas de protección social y restricciones financieras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2.673-2.685, 2011.

SOMMERS, B. D. & ROSENBAUM, S. Issues in health reform: how changes in eligibility may move millions back and forth between Medicaid and insurance exchanges. *Health Affairs*, 30(2): 228-236, 2011.

STARR, P. *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México, DF: Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica, 1991.

VARGAS, I. *et al*. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Services Research*, 10: 297, 2010. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1472-6963/10/297>. Acesso em: 10 dez. 2011.

WAINWRIGHT, H. *Uma Resposta ao Neoliberalismo: argumentos para uma nova esquerda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

YEPES, F. J. Las últimas reformas de la salud en Colombia. *Colombia Ciencia & Tecnología*, 16(1): 15-24, 1998.

YEPES, F. J. *et al* . *Luces y Sombras d la Reforma de la Salud en Colombia: Ley 100 de 1993*. Canada: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2010. Disponível em: <www.idrc.ca/EN/Resources/Publications/Pages/IDRCBookDetails.aspx?PublicationID=447>. Acesso em: 26 set. 2012.

ZELMAN, W. A. The rationale behind the Clinton health care reform plan. *Health Affairs*, 13(1): 9-29, 1994.

26. Políticas Sociais na América Latina

Laura Tavares Soares

Neste capítulo são apresentadas, de forma sintética, as características estruturais e as transformações recentes das políticas sociais na América Latina. Além das determinações histórico-estruturais dessas políticas e das características específicas das formações sociais dos diferentes países, as políticas sociais latino-americanas são marcadas por três importantes períodos da sua história recente, guardadas as diferenças históricas entre os países na origem dos respectivos períodos e nas suas características.

O primeiro deles é o período da redemocratização quando, em contraposição aos regimes autoritários anteriores, foram feitas tentativas na direção de um modelo de proteção social mais universal, igualitário e democrático.

A construção dessa nova configuração das políticas sociais foi interrompida pelo advento das chamadas políticas de ajuste estrutural, marcadas pelo modelo neoliberal que se instalara no mundo a partir da década de 1980. Os efeitos desse modelo na América Latina foram significativamente maiores e, dependendo do grau de avanço e consolidação dos mecanismos de proteção social em cada um dos países, provocaram o desmonte da frágil institucionalidade das políticas sociais e/ou interromperam processos de mudança em curso.

O **ajuste estrutural** foi implementado na maioria dos países latino-americanos por meio do corte de gastos públicos, com o argumento da necessidade de reduzir o déficit fiscal, em prol da estabilidade das contas públicas.

Finalmente, após pelo menos duas décadas de neoliberalismo, e em reação às visíveis consequências sociais desse modelo, diversos países latino-americanos elegeram governos portadores de uma agenda política de mudança em prol de justiça social. Os efeitos dessa mudança sobre as políticas sociais dependem, todavia, de um lado, do grau de profundidade e de destruição provocadas pelas transformações neoliberais e, de outro lado, do grau de consolidação prévia do aparato institucional das políticas sociais e da amplitude da base social de apoio em favor de políticas mais solidárias em cada um dos países.

Depois de alguns anos do advento desses governos na América Latina, podemos avaliar os avanços e os desafios ainda pendentes na construção de outro modelo de política social, bem como alguns dos seus efeitos sobre os principais problemas sociais latino-americanos, como a desigualdade e a redução da pobreza.

Configuração histórica das políticas sociais

A manifestação mais importante da questão social na América Latina é a desigualdade social. Sua constituição tem raízes históricas que vão desde o colonialismo e, em alguns países como o Brasil, a escravidão; raízes políticas, ligadas ao profundo conservadorismo das elites mantenedoras do poder econômico e político; e raízes econômicas, determinadas por um padrão de desenvolvimento capitalista tardio, periférico e dependente, cujo modelo econômico sempre foi concentrador e gerador de desigualdades. Essas raízes se combinam entre si e seus componentes estruturais se reproduzem ao longo da história dos países latino-americanos. Além da sua configuração estrutural, também se precisa levar em consideração o impacto que as diferentes conjunturas históricas, políticas e econômicas tiveram sobre essa base social profundamente desigual.

As desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e utilização de serviços são discutidas nos capítulos 5 e 6.

A própria desigualdade manifesta-se diferentemente pelo continente, embora apresente um traço comum: a má distribuição e a correspondente concentração da renda, dos recursos produtivos, da terra, do emprego, dos bens e serviços. As manifestações dessa desigualdade se dão no âmbito territorial e populacional, apresentando grandes contrastes regionais e diferenças urbano-rurais. Diversos países da região, como o Brasil, ainda possuem regiões e grupos populacionais em situações caracterizadas como de pobreza extrema, miséria ou indigência.

Para refletir

Apesar das diferenças entre os diversos países, a desigualdade social é uma manifestação comum na região latino-americana. Indique algumas das características gerais que explicam essa desigualdade.

A história das políticas sociais na América Latina está marcada por Estados nacionais frágeis, do ponto de vista institucional. Constituíram-se em tempos históricos muito curtos, tendo, portanto, que assumir mais rápida e urgentemente tarefas sociais que a sociedade dos países capitalistas centrais levou séculos para enfrentar. Ao mesmo tempo, é uma história marcada pelo autoritarismo: em muitos países latino-americanos as principais mudanças institucionais relacionadas ao enfrentamento da questão social se deram em períodos autoritários. A marca repressiva sempre esteve presente: não por acaso a questão social foi vista muitas vezes como 'questão de polícia'.

O enfrentamento democrático da questão social, além de recente (do ponto de vista histórico), é episódico e espasmódico na história latino-americana, associado aos períodos de redemocratização dos seus regimes políticos. Nesses períodos de redemocratização, as reivindicações sociais (tanto da classe trabalhadora como daquelas parcelas da população marginalizadas das medidas de proteção vinculadas ao trabalho) se fizeram sentir, através de uma maior mobilização e organização social (sindicatos, entidades, associações territoriais da população, partidos etc.). Essas reivindicações tiveram repercussão junto a governos eleitos e comprometidos com uma relação mais democrática com a sociedade, no sentido de constituir e/ou consolidar sistemas de proteção social mais abrangentes e mais permeáveis ao controle social, ou seja, mais universais e democráticos.

No entanto, a última onda de redemocratização na América Latina, no final do século XX, veio tragicamente acompanhada por políticas neoliberais, desmontando as frágeis

instituições de proteção social existentes, muitas delas recém-instituídas sobre a base da universalidade e dos direitos sociais e sequer implantadas em sua plenitude.

Há um longo e persistente debate sobre a existência ou não, em algum momento da sua história recente, de um Estado de Bem-Estar Social nos países latino-americanos. O primeiro aspecto nesse debate é exatamente de natureza histórica: não se pode definir um Estado de Bem-Estar Social da mesma forma, sequer entre os países centrais, ainda mais entre a América Latina e a Europa, e mesmo entre os próprios países latino-americanos. As características da configuração dos respectivos sistemas de proteção social estão determinadas pelos processos históricos de sua constituição, cuja dinâmica está permeada por fatores políticos, econômicos e sociais. Esses processos também determinam as características das carências sociais, o que por sua vez influi no conteúdo das políticas sociais.

É absolutamente necessário o entendimento da especificidade latino-americana, onde historicamente se sobrepuseram formas avançadas e atrasadas de organização política, social e econômica, conformando uma complexidade particular e única – frágil, instável e contraditória – em que se situam diferentes estruturas de proteção social. Não por acaso essas são características correspondentes ao nosso modo de produção capitalista periférico, dependente e tardio.

Sem perder de vista essa heterogeneidade estrutural, é possível reconhecer uma série de elementos – como o conteúdo e a amplitude das políticas sociais – que indicam a existência de traços de um Estado de Bem-Estar Social na maioria dos países latino-americanos. Muitos destes países passaram a reconhecer em sua legislação – sobretudo nos períodos de redemocratização – o conceito de direitos sociais e elegeram uma seguridade social pública como forma institucional de garantir assistência à saúde, aposentadorias, compensações por doença, maternidade e pela perda de emprego; bem como programas de benefícios familiares e de habitação, entre outros.

É evidente que sempre existiu uma série de importantes e graves limitações em boa parte das políticas sociais latino-americanas, que configurou um padrão restrito de acesso por parte de amplos setores da população. Entre as características desse padrão, estão: a má distribuição e a baixa cobertura dos programas sociais; o caráter predominantemente previdenciário (de seguro social) nos sistemas de proteção que exclui os não contribuintes ou os não vinculados formalmente ao mercado de trabalho; uma estratificação de beneficiários nas políticas de proteção social, segundo o valor das contribuições, que apenas reproduz as desigualdades preexistentes, não havendo, portanto, um caráter redistributivo na concessão desses benefícios; a ausência de proteção econômica em caso de desemprego; e, sobretudo, um padrão de financiamento perverso – regressivo e insuficiente, entre outras. Essas restrições também explicam, na maioria das vezes, os programas assistenciais de caráter suplementar e emergencial. A 'suplementação' das políticas sociais por programas assistenciais é certamente uma marca estrutural.

Dessa forma, alguns autores denominam os Estados de Bem-Estar Social latino-americanos como 'restringidos' ou 'incompletos'. Outros adotam tipologias europeias para caracterizá-los, denominando-os 'meritocrático-particularistas' (Titmuss, 1963) ou 'conservadores-corporativistas' (Esping-Andersen, 1990); distintos, portanto, seja de um modelo 'residual' ou liberal, seja de um padrão 'institucional-redistributivista' ou 'social-democrata'.

Para refletir
Por que seriam os Estados de Bem-Estar Social latino-americanos restringidos ou incompletos? Leia também o capítulo 1 para saber mais sobre as características dos modelos de bem-estar social.

Problematizando a utilização destas tipologias, pode-se afirmar que as mesmas privilegiam as condições de acesso para distinguir os modelos, sendo insuficientes para dar conta da problemática nos países latino-americanos. Nestes países, seria necessário considerar que o que condiciona a oferta de benefícios e serviços é a ausência de mecanismos efetivos de controle social, terminando por subordinar-se a uma lógica, perversa e sem critério, de transferência de recursos públicos ao setor privado.

Possas (1992) identifica e caracteriza um padrão específico de organização da proteção social na América Latina – o 'modelo estatal-privatizador' – que permitiria transcender os limites das tipologias que se referem a Estados de Bem-Estar consolidados, resgatando os condicionantes econômicos e políticos que definiriam sua especificidade. Esse modelo estatal-privatizador se consolidou na América Latina em um cenário muito complexo e de profundas e rápidas transformações, em que se destacaram:

- acelerada transição demográfica e epidemiológica, com impacto sobre demanda de serviços e benefícios sociais;
- crise fiscal do Estado, agravada pela exclusão de grandes contingentes do processo produtivo, desencadeando iniciativas 'racionalizadoras' de redução da participação do Estado no financiamento da oferta pública de benefícios e serviços;
- rápido surgimento e consolidação de diferentes modalidades do seguro privado e autônomo, englobando uma ampla gama de benefícios e seguro-saúde; constituindo-se em um fenômeno importante em diversos países da região nos anos 80, estabelecendo novos padrões na relação público-privado que fundamenta o modelo estatal-privatizador;
- heterogeneidade na base tecnológica;
- urbanização acelerada, conformando uma complexa questão urbana extremamente relevante (e pouco analisada) para a política social latino-americana;
- instabilidade política no processo de transição democrática de alguns países da região, associada à carência de formas de organização capazes de representar interesses da vida social na materialização do Estado.

A política social, portanto, apresenta grande diversidade de situações nos países latino-americanos segundo certos parâmetros, como: grau de integração da política social na agenda, explicitado pelo coeficiente de tributação, nível do gasto social, número de instituições envolvidas, eficácia na cobertura dos serviços e grau em que tem contribuído ou não para reduzir as desigualdades. Seria importante estabelecer eventuais correlações desses parâmetros com os tipos de problemas que devem ser superados ao reestruturar a política social e, portanto, com tipos de reestruturação peculiares (Cepal *et al*., 1989).

No entanto, apesar da diversidade de situações, é oportuno destacar diversos aspectos das políticas sociais que dizem respeito à sua reestruturação e designam os assuntos problemáticos mais comuns na prestação de serviços, relacionados com a 'morfologia' da política social (Cepal *et al*., 1989):

- Aspectos financeiros: contribuições regressivas; opacidade ou transparência do gasto social; controle sobre o gasto; financiamento regressivo ou progressivo; cálculo de custos.
- Problemas de impacto redistributivo: não cumprimento da vocação da universalidade quando esta foi proposta; polarizações regionais do gasto social e, dentro das diferenças regionais, desatenção com os setores pobres da população; concentração de subsídios em grupos privilegiados (efeitos regressivos); mau direcionamento do gasto devido à implementação inadequada de programas que acabam por atingir setores que não eram seu objetivo.
- Aspectos administrativos e institucionais: ausência de uma trajetória orgânica, coordenada e coerente das diversas políticas sociais ao longo do tempo; tradicionalismo, inércia *versus* descontinuidade na execução das políticas e surgimento episódico de novos temas e instituições, o que impede a maturação das mesmas; relações competitivas entre as diversas organizações encarregadas da política social; fragmentações administrativas, superposições incoerentes, duplicidade *versus* coordenação.
- Objetivos das políticas: contradições intrínsecas entre perspectivas de solidariedade social e diretrizes acordes com cálculos diferenciais dos serviços; contradições intrínsecas entre as intervenções setoriais e a busca de uma globalidade das políticas; ausência de diretrizes nacionais para as políticas; indefinição dos problemas a resolver.
- Aspectos políticos: participação dos cidadãos e da burocracia pública na tomada de decisões; clientelismo e consolidação de privilégios *versus* universalidade e seletividade progressiva; incidência do corporativismo em diversos níveis; debilitamento da base social de apoio às políticas sociais, devido a efeitos da pugna distributiva e da crise fiscal; implantação de regimes políticos não democráticos; insatisfação dos usuários com os serviços; pressões externas relacionadas com o objetivo de restringir o espaço estatal.
- Qualidade dos serviços: inadequados ao crescimento da população; baixa eficiência da cobertura; não adequação às necessidades; baixos rendimentos; segmentação dos serviços – acesso desigual aos serviços e diversidade das prestações, em detrimento dos mais fracos politicamente –; influências corporativas.
- Eficácia e eficiência dos serviços e do gasto social: filtrações; custos administrativos excessivos; baixa produtividade do investimento; corrupção na administração de fundos.

A esse tipo de problemas se agregam outros, em diversos planos contextuais:

- Efeitos negativos da estrutura econômica sobre a política social: excessiva concentração dos ativos com repercussões na pobreza estrutural; estrutura concentrada da renda.

Aos efeitos estruturais se superpõem ainda:

- Efeitos negativos da política econômica sobre a política social: sobrecarga de exigências em relação às metas da política social em função de mecanismos regressivos da política econômica; redução inadequada do gasto social; redução da receita disponível devido a contrações no emprego; elevação das pressões sobre o gasto para atender a setores que não podem satisfazer suas necessidades por causa de fatores da distribuição da renda; efeitos regressivos da política econômica (por exemplo, da política fiscal e de salários) na estrutura da receita; participação inadequada de diversos grupos sociais no financiamento do gasto social.

Note-se que a distinção feita de planos e aspectos não estabelece relações de causa e efeito. Entretanto, os problemas assinalados não dizem respeito unicamente à prestação pública de serviços sociais, pois também abrangem os serviços privados. Um estudo do Banco Mundial sobre o setor saúde na Argentina mostra o dramático impacto da privatização no sistema de obras sociais do país: altos custos; fragmentação e ausência de economia de escala; superposição de serviços em áreas rentáveis e brechas não cobertas nas menos rentáveis (como cuidado aos idosos, atenção materno-infantil, reabilitação e atenção primária); diversificação de benefícios; custosas duplicações de infraestrutura; e regressividade. Por sua vez, os hospitais públicos que se descentralizaram e introduziram a cobrança por serviços enfrentam grave deterioração de serviços.

A complexa morfologia dos serviços sociais implica que a reestruturação, para lograr maior equidade e eficiência, deve ser colocada sob uma forma compreensiva, irredutível a opções de 'saneamento financeiro' e/ou de repentinas mudanças de critério com respeito à população beneficiada. Em contrapartida, a enorme variedade de situações nacionais e setoriais impede a colocação de 'soluções globais' no continente.

Configuração neoliberal das políticas sociais

Considerado por muitos como um importante avanço conquistado no século XX no mundo capitalista, o Estado de Bem-Estar Social passou a ser considerado como um 'problema', apontado até mesmo como causa de todos os nossos 'males'. Segundo essa ótica, teriam sido os 'gastos generosos' dos Estados de Bem-Estar que causaram os déficits fiscais dos países que os adotaram; e foram esses Estados 'paternalistas' que estimularam o desemprego e alimentaram a 'preguiça', impedindo uma 'saudável' competitividade entre as pessoas.

O discurso da maioria dos governos na América Latina acompanhou o das agências de financiamento internacional que situavam a causalidade da situação de crise social, por um lado, na crise econômica; por outro, no modelo e gestão do chamado Estado de Bem-Estar, caracterizados pelo desperdício de recursos e pela ineficiência.

Outra vertente explica, em oposição à anterior, a deterioração social como consequência do desmonte desse mesmo Estado, afirmando que essa política provocou crescente polarização da sociedade entre pobres e ricos, cuja profundidade e intensidade estão moduladas pela situação social anterior e pelas características das instituições de bem-estar social, bem como pelo caráter das políticas sociais até então implementadas.

É preciso chamar a atenção para a aplicação do termo neoliberal à realidade da América Latina para não incluir sob a mesma denominação processos com conteúdos e significados diferentes (Soares, 2001). Também é necessário considerar que a adoção de políticas neoliberais como programa de governo não ocorreu simultaneamente, nem seguiu a mesma trajetória em todos os países.

Existem diferenças tanto na forma de aplicação das políticas neoliberais como nos seus resultados. Essas diferenças estão associadas às características políticas de cada país, bem como às suas bases econômicas e sociais. Mesmo naqueles países considerados casos 'exemplares' de aplicação do modelo neoliberal – como o Chile (caso 'inaugural' na América Latina no início dos anos 80) e o México –, existe uma defasagem entre um processo considerado 'maduro' e um que não se encontrava plenamente consumado. Feitas essas ressalvas, pode-se afirmar que há elementos que identificam a existência de ensaios neoliberais na maioria dos países latino-americanos nas últimas duas décadas do século XX. Além disso, o projeto neoliberal foi imposto de maneira mais ortodoxa na América Latina do que nos países centrais, tanto nos seus postulados de política econômica como também nos de política social.

Esses postulados neoliberais na área social são, básica e sinteticamente, os seguintes: o bem-estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes 'naturais' são a família, a comunidade e os serviços privados). Dessa forma, o Estado só deve intervir quando surge a necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir os serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Propõe-se, portanto, um Estado de beneficência pública ou assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da ação estatal, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais, são abolidos no ideário neoliberal. As estratégias para reduzir a ação estatal no terreno do bem-estar social são: o corte do gasto social, eliminando programas e reduzindo benefícios; a focalização do gasto, ou seja, sua canalização para os chamados grupos indigentes, os quais devem 'comprovar' sua pobreza; a privatização da produção de serviços e a descentralização dos serviços públicos para o nível local.

O diagnóstico neoliberal e a agenda de reforma setorial para saúde são analisados no capítulo 25.

A aplicação desses postulados neoliberais nos países da América Latina, ao contrário dos países centrais, provocou uma exclusão econômica e social muito mais grave. Além disso, esse processo encontrou obstáculos de diversas naturezas, como, por exemplo, o fato de que apenas uma parte da produção de serviços sociais ser de natureza 'rentável', e sua privatização exigir a um mercado estável e garantido, para o qual se necessita de medidas estatais de suporte.

Houve também obstáculos de natureza política, dado que a supressão dos direitos sociais (em diversos países, como o Brasil, já inscritos em preceitos constitucionais e legais) incrementou gravemente o conflito social, já deflagrado pela própria situação de recessão econômica. Ou seja, a privatização, como elemento central da estratégia neoliberal, só interessa na medida em que a administração de fundos e produção de serviços possam converter-se em atividades economicamente rentáveis.

Nos países latino-americanos, onde a maioria da população é pobre, passa a existir um processo 'seletivo' de privatização, devidamente impulsionado por políticas estatais destinadas a criar e garantir um mercado. Para que isto aconteça, existem ainda três condições: 1) criação de uma demanda dos benefícios ou serviços privados, o que só ocorre quando aqueles oferecidos pelo setor público são vistos como insuficientes e/ou de má qualidade (ou

seja, tornar o processo de privatização socialmente aceitável); 2) geração de formas estáveis de financiamento para dar suporte aos altos custos dos benefícios ou serviços privados; 3) maturação suficiente do setor privado para aproveitar o incentivo à sua expansão, em decorrência da retração estatal.

A primeira dessas condições está vinculada diretamente com o corte do gasto social público. Esta é uma questão decisiva, a nosso ver, em todo esse processo, além de particularmente conflitiva até hoje. Visto como causa e não como consequência da crise fiscal do Estado, o corte do gasto social teve um significado deliberado de 'desfinanciamento' das instituições públicas, desfinanciamento este que tem tido como sequelas a deterioração e o crescente desprestígio dessas instituições. Posições contrárias a essa visão sublinham que a crise fiscal dos Estados latino-americanos não se deve a um gasto social excessivo, e sim ao problema da dívida pública provocada pela mudança nas relações econômicas internacionais e nacionais. A Organização das Nações Unidas (ONU), no documento *Human Development Report*, de 1992, já mostrava que a elevação da taxa de juros da dívida externa nos anos 80, associada à queda nos preços dos produtos de exportação dos países subdesenvolvidos e à desregulação financeira, acarretou um crescimento desmesurado do serviço da dívida. Para garantir seu pagamento, foram impostos programas de ajuste, acompanhados pelo objetivo central de redução do déficit público. Essa equação foi 'resolvida' com o corte de outros itens do gasto público, principalmente o social, acompanhado da transferência de recursos públicos para o capital especulativo.

Outro modo de impulsionar a demanda privada, proposta pelo Banco Mundial já no início da década de 1990, foi a introdução do pagamento para o uso de serviços públicos, justificado por dois motivos. O primeiro motivo era que o Tesouro público não deveria pagar por um bem privado (consumido por indivíduos), como seria o caso dos serviços de educação e saúde, já que alguns se apropriariam dos recursos públicos e outros não. O segundo era que a cobrança permitiria ao setor público arrecadar recursos para seu reduzido orçamento, já que este seria uma variável imutável, baseado no princípio da austeridade estatal. Com essa medida seriam atingidos três dos objetivos neoliberais: remercantilizar os bens sociais; reduzir o gasto social público e suprimir a noção de direitos sociais.

Não apenas essa argumentação se baseia em falsos pressupostos – de que os indivíduos vivem isolados e têm acesso ao mercado em igualdades de condições e com os mesmos recursos, com uma contabilidade referida a cada ato de consumo do serviço/benefício social – como na prática ela não atendeu a nenhum de seus objetivos (a não ser, talvez, a supressão da noção de direitos sociais). A experiência chilena demonstrou que a cobrança diferenciada dos serviços de saúde não obteve o sucesso esperado por falta de demanda que estivesse em condições de pagar por eles, tampouco contribuiu para aumentar a arrecadação estatal.

Para garantir a segunda condição do processo seletivo de privatização (o de lograr formas estáveis de financiamento para bancar os custos dos serviços/benefícios privados), estariam disponíveis, em tese, dois mecanismos. Um seria comprar com fundos públicos os serviços/benefícios ao setor privado por meio da concessão, modalidade que nem sempre prospera no esquema neoliberal, cuja política de restrição do gasto público entra em choque com o pagamento dos serviços privados devido a seu alto custo. Outro mecanismo seria o incentivo aos seguros privados.

Nas experiências de reforma dos sistemas de seguro social no Chile e parcialmente no México, optou-se por uma combinação desses mecanismos, com a introdução de um seguro

obrigatório de capitalização individual (Soares, 2001). A passagem da parte rentável destes fundos públicos ao setor privado foi resolvida de modo distinto segundo o tipo de benefício. Aqueles benefícios regidos por um estrito princípio de equivalência – o reembolso ao segurado não excede o valor pago – foram repassados diretamente à administração privada. Foi o caso, por exemplo, dos fundos de pensões de capitalização individual (que se espalharam por diversos países na América Latina ao longo dos anos 80 e 90), que entregaram o controle da poupança forçada dos trabalhadores a grupos financeiros privados.

Para outro tipo de benefícios sociais, como é o caso dos serviços de saúde, estabeleceram-se mecanismos que permitiam estratificar a população em função da sua capacidade de pagamento e risco de adoecer. Foram constituídos dois sistemas paralelos – o privado e o público – de administração de fundos e prestação de serviços, com adscrição dos segurados a um ou outro sistema. Neste modelo, o setor privado passou a ter o direito de recusar os segurados de 'baixo pagamento/alto risco' dado que sua cota não era suficiente para pagar o prêmio do seguro; enquanto o setor público, evidentemente, ficou responsável pelos segmentos não rentáveis.

Nas atuais condições de deterioração dos serviços públicos, os segurados com contribuições mais altas tendem a escolher o setor privado, que absorve os que têm capacidade de pagamento e baixo risco de adoecer – que contribuem mais do que consomem. Já o setor público absorve os de baixa ou nenhuma contribuição e alto consumo dos serviços: os pobres, os doentes, os velhos que consomem mais do que contribuem, em suma, todos os segregados pelo setor privado. Isto, evidentemente, joga o setor público, já deficitário, em um círculo vicioso de deterioração crescente.

Mais uma vez o caso chileno ilustra esta dinâmica, na medida em que a reforma do seu setor saúde resultou na polarização entre o sistema público – que atendia a 84% da população com 59% do orçamento – e o privado – que atendia a 16% da população e dispunha de 41% do orçamento de saúde. No caso mexicano, dos segurados do sistema público, apenas 20% constituíam mercado potencial dos seguros privados de saúde, parcela que, no entanto, contribuiu com 45% do orçamento. Se esse grupo passasse para o sistema privado, o sistema público ficaria com 55% do seu orçamento disponível para atender a 80% dos segurados, sofrendo novo desfinanciamento, comparável ao do período 1982-90. Vale a pena lembrar que as mudanças nos sistemas de seguro social foram possíveis graças a gigantescos incentivos fiscais (no caso chileno, o correspondente a 25% do PIB nos anos 80) que bancaram a transferência para o sistema de seguros privados (Soares, 2001).

Finalmente, a terceira condição para uma privatização seletiva – a capacidade do setor privado de responder à demanda – fica resolvida no que diz respeito à administração de fundos pela existência prévia de grandes grupos financeiros, cuja expansão e integração foram facilitadas pela chamada desregulação financeira. Com relação à ampliação da produção privada de serviços, em muitos países havia anteriormente um setor privado forte, desenvolvido mediante convênios com o setor público, particularmente de previdência social, setor este que pôde se inserir no novo esquema de financiamento. Caso não fosse suficiente, os *experts* do Banco Mundial já recomendavam em 1990 que o Estado proporcionasse estímulos ao setor privado, como créditos e subsídios iniciais.

O processo generalizado de empobrecimento, agravado pelas medidas econômicas de ajuste neoliberal, combinado com a redução dos direitos sociais, provocou manifestações

sociais de insatisfação, aliadas, em alguns lugares, a uma resistência política organizada. Muitos governos latino-americanos, bem como organismos financeiros internacionais, 'inovaram' seu discurso, justificando as privatizações e a retração estatal na esfera do bem-estar social como "o caminho para atingir maior equidade, já que, ao economizar recursos nos programas universais, o Estado pode usá-los para subsidiar aos mais pobres com programas sociais básicos" (Banco Mundial, 1990: 143).

Dessa forma, na América Latina, o processo de privatização e de retração estatal na área social se vê matizado por programas especiais contra a pobreza. Diversos governos, assessorados por organismos financeiros internacionais (como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID), passaram a promover vários programas estatais com o objetivo declarado de obter níveis considerados mínimos de alimentação, de saúde, de educação e de controle da natalidade (Soares, 2001).

Em tese, não se pode objetar o fato de que se canalizem recursos para os mais pobres. No entanto, quando na prática essa política implica a mercantilização dos benefícios sociais, a capitalização do setor privado e provoca a deterioração e o desfinanciamento das instituições públicas, passa a ter outro significado. Além disso, pode-se questionar tanto a eficiência quanto a eficácia dessa estratégia, na medida em que não contribui para a tão almejada redução do déficit público, já que este continuou financiando a cobertura da maioria da população, seja diretamente via serviços públicos, seja indiretamente via subsídios ou renúncia fiscal em favor do setor privado. Tampouco vem demonstrando efetividade no atendimento aos mais pobres, quer pela magnitude dessa parcela da população, quer pelos parcos recursos que vem empregando, muito aquém das necessidades, mesmo quando se trata de programas focalizados. O caráter geralmente emergencial desses programas faz com que seus recursos sejam utilizados de forma discricionária pelos governos, propiciando, entre outras coisas, o clientelismo político.

No que diz respeito à tão propalada estratégia de descentralização utilizada pelas políticas neoliberais, ela não teve como propósito democratizar a ação pública, tal como propõe a Constituição de 1988 no Brasil, e sim viabilizar a privatização, associada à estratégia de deixar ao nível local a responsabilidade do financiamento, da administração e da produção de serviços. Essa foi a premissa central do Novo Federalismo do ex-presidente Ronald Reagan nos EUA, que encontrou fortes resistências por parte dos Estados federados, já que era usada como pretexto para diminuir os recursos federais destinados aos serviços públicos.

Na América Latina, a descentralização com essas características foi promovida ativamente pelos organismos financeiros internacionais, os quais condicionavam seus empréstimos para programas sociais à adoção dessa estratégia e à contrapartida financeira por parte das administrações locais. Sem dúvida, o problema central dessa proposta de descentralização em países com enormes desigualdades regionais é o da equidade, sendo alvo de diversos tipos de críticas diante da insuficiência dos resultados, no que diz respeito à melhoria das condições de vida da população pobre. Seus efeitos, socialmente injustos, foram identificados pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal):

> Dado que as propostas de focalização e privatização se dão no marco de agudas desigualdades sociais, elas contribuem para consolidar a desigualdade. Por um lado, cria-se um sistema privado de serviços sociais de alto nível, financiado pelos estratos de melhores rendas e cujo acesso a eles é restrito. Por outro, se estabelece um sistema estatal de assistência social, de exíguo orçamento, já que os estratos de renda mais alta não contribuem com ele, que distribui somente alguns serviços básicos à porção indigente da população. (Cepal *et al.*, 1989: 5)

Para uma análise das diversas acepções de descentralização, consulte o capítulo 12.

Para refletir

O chamado ajuste neoliberal atingiu diversos países durante as décadas de 1980 e 1990. Leia também o capítulo 25 e procure diferenças e semelhanças entre os casos da América Latina e da Europa, em especial para a área da saúde.

Sempre partindo de um recorrente modelo único, as formas pelas quais o ajuste foi implantado em cada um dos países periféricos variaram, dependendo dos respectivos contextos nacionais e internacionais, das condições econômicas, sociais e, sobretudo, das políticas adotadas por cada país. Apesar das condicionalidades impostas pelos organismos financeiros internacionais, a sua aceitação ideológica e a sua implementação interna em nossos países sempre contaram com o valioso apoio e empenho das elites locais bem como dos governos nacionais. Mesmo considerando a diversidade do espectro político, esse apoio foi marcado por um autoritarismo que oscilou desde medidas explícitas e violentas (como no caso do Chile) até aquelas implementadas dentro das regras do jogo democrático vigente. No entanto, em todos os países, os processos políticos de implantação do ajuste, guardadas as proporções, foram também marcados pela corrupção, pelo clientelismo e pela cooptação. Muitos ex-presidentes latino-americanos condutores desses processos estão foragidos e/ou com processos na justiça desde os anos 90.

Em síntese, pode-se esquematizar o impacto do ajuste sobre as políticas sociais nos países da América Latina em três modalidades. A primeira e mais radical – e que foi pioneira e plenamente executada no Chile do general Pinochet no início dos anos 80 – foi a substituição total do aparato estatal de proteção social pela privatização irrestrita das suas instituições. Os sistemas públicos e universais foram substituídos por seguros privados, ligados ao capital financeiro, com um gigantesco subsídio de recursos públicos por parte do Estado.

Uma segunda modalidade foi o desmonte de políticas sociais pouco sólidas, cujos mecanismos de proteção social eram frágeis e não chegavam a constituir um sistema de proteção social. Nesses casos, foi mais fácil eliminar os poucos direitos sociais existentes, introduzir a privatização de bens e serviços públicos e substituir o aparato estatal de assistência à pobreza por organizações não governamentais (ONGs). Um dos casos paradigmáticos dessa alternativa na América Latina foi o Peru.

Finalmente, uma terceira modalidade, na qual o Brasil pode ser citado como um exemplo foi a combinação do desmonte de políticas sociais dirigidos aos mais pobres (como a assistência social) com reformas constitucionais que reduziram ou eliminaram direitos constituídos ao longo de décadas e consagrados na Constituição de 1988, com o objetivo de desmontar, principalmente, a seguridade social. Foram introduzidos mecanismos que interromperam o processo de construção de uma seguridade social mais ampla e generosa, baseada nos direitos de cidadania e no dever do Estado, e que incorporava três áreas sociais da maior relevância: saúde, previdência e assistência social.

Foram os diferentes sistemas de seguridade social existentes na América Latina os principais alvos das chamadas reformas neoliberais. A reforma da previdência ou do seguro social continua sendo ponto de honra de todos os acordos que o Fundo Monetário Internacional (FMI) firmou com os governos dos nossos países. Na grande maioria deles já foram desmontados os antigos sistemas públicos de repartição, de natureza coletiva e baseados na

solidariedade intergeracional. Criaram-se, em seu lugar, sistemas privados de capitalização fundados na capacidade individual de contribuição, forçando uma poupança que alimenta os interesses do capital financeiro.

Esse sistema de seguros privados também foi estendido para o setor saúde em muitos países, sempre contando com enormes subsídios públicos e com isenção fiscal para aqueles filiados ao sistema privado.

Em ambos os casos, gera-se uma brutal dualidade no acesso entre aqueles que podem e os que não podem pagar diretamente por bens e serviços públicos considerados direitos básicos e essenciais nos sistemas de proteção social, como o direito à saúde e o direito à proteção na velhice e na invalidez.

Para refletir

O Brasil – apesar de ter passado por duas reformas constitucionais da previdência social (1998 e 2003) – manteve o caráter universal da previdência rural e, sobretudo, do seu Sistema Único de Saúde (SUS). Reflita sobre as razões pelas quais, no nosso país, não foi adotado o modelo hegemônico de privatização da seguridade social implementado em outros países latino-americanos.

Finalmente, como pano de fundo das restrições ao enfrentamento da questão social na América Latina, estão as modificações importantes e decisivas no desmonte das políticas sociais no que diz respeito ao financiamento das mesmas. Por conta do já mencionado processo permanente de ajuste fiscal, houve um impacto direto na disponibilidade de recursos públicos para os setores sociais. Aos cortes lineares do gasto público social, se associam estratégias como Fundos Sociais de Emergência, cujos recursos podem ser esterilizados rapidamente em Fundos de Estabilização Fiscal, com o intuito de promover os superávits nas contas públicas e gerar recursos para o pagamento da dívida. Esse tipo de desvinculação de recursos dos orçamentos públicos tem dado uma total margem de liberdade aos executores da política econômica para atender às metas acordadas com o FMI. Também neste aspecto existe uma associação perversa entre critérios nacionais para cortes lineares de recursos (mais uma vez a globalização do econômico) e a focalização para a distribuição de benefícios e serviços sociais (com a pulverização dos recursos). Isto traz graves consequências para a equidade na distribuição desses recursos, serviços e benefícios sociais, além de abolir totalmente a visibilidade do financiamento destinado ao 'social'.

Os **Fundos Sociais de Emergência** foram um tipo de denominação utilizada para os **Fundos de Estabilização Fiscal**, através dos quais se garantiam recursos da receita pública para a constituição de superávits fiscais e o pagamento das dívidas (internas e externas) contraídas pelos países latino-americanos.

Para refletir

Quais foram as principais transformações sofridas pelo financiamento na área da saúde na década de 1990?

Dilemas persistentes para as políticas sociais

Na análise da etapa política atual da América Latina, é preciso assinalar os avanços, mas também os dilemas que persistem para as políticas sociais a partir da eleição de governos democráticos e populares que se situam como antineoliberais, deixando claros os limites e

as possibilidades frente às duas heranças superpostas descritas anteriormente: a herança histórico-estrutural e a herança neoliberal.

No debate das alternativas, é preciso atentar para o fato de que, mais do que um novo consenso pós-neoliberal, se reproduzem (às vezes com nova vestimenta) algumas das ideias hegemônicas dos últimos vinte anos do século passado.

Quais seriam alguns dos dilemas persistentes na etapa atual das políticas sociais? Um deles é a tentativa de pensar o 'social' em um marco mais amplo do desenvolvimento, tratando de superar os limites das chamadas 'alternativas pobres para os pobres' saindo da 'miséria da política social'. Isto é, transitar do emergencial para o estrutural. Ou, ainda, articular as necessárias medidas urgentes – para, como dizia o ex-presidente Lula, acabar com a fome da população miserável; ou, como diz a atual presidenta do Brasil, Dilma Roussef, extirpar a pobreza (o *slogan* do atual governo é "país rico é país sem pobreza") – com as (também necessárias) mudanças estruturais.

Outro dilema é manter a política social condicionada aos limites impostos pela política econômica, sobretudo ao ajuste fiscal, considerado um dos principais instrumentos de equilíbrio econômico nos países latino-americanos: equilíbrio fiscal com superávit das contas públicas para manter a estabilidade econômica. A partir da centralidade atribuída ao ajuste fiscal, a análise do financiamento das políticas sociais tem se concentrado apenas nos gastos: é como se não existisse a possibilidade de ampliar e, sobretudo, redistribuir as bases da arrecadação. A culpa é sempre do 'gasto excessivo' ou 'mal direcionado', e nunca um produto regressivo e concentrador da estrutura de arrecadação de recursos. O ajuste, portanto, é sempre à custa dos gastos, especialmente os sociais.

Além das restrições econômicas, o financiamento das políticas sociais sofre com sistemas tributários regressivos, baseados em impostos indiretos sobre os preços, e com baixíssimos níveis de recursos originários dos impostos diretos sobre a riqueza (imposto de renda, por exemplo). Com isso, são as famílias de mais baixa renda as que pagam, em termos proporcionais, mais impostos: as famílias que têm renda mensal de até dois salários mínimos gastam 46% da sua renda no pagamento de tributos indiretos, enquanto o peso desses tributos nos orçamentos das famílias que ganham acima de trinta salários mínimos corresponde a 16% (IBGE, 2003). São exatamente as famílias que mais pagam tributos as que mais necessitam das políticas sociais públicas. Dessa forma, se pode afirmar que existe um circuito perverso no financiamento das políticas sociais, de natureza estrutural, baseado em um sistema tributário regressivo, agravado pelas políticas permanentes de superávit fiscal.

Além do dilema do financiamento, continuam persistentes algumas ideias e propostas relativas ao desenho das políticas sociais e suas formas de implementação. Em lugar de prestar os serviços sociais por meio das redes públicas estatais, os próprios governos (federais ou descentralizados) preconizam o estabelecimento de parcerias, repassando a prestação de seus serviços a instituições ou ONGs. Os argumentos são que os governos não podem aumentar as despesas públicas para evitar aumentar o déficit fiscal. Portanto, os recursos devem ser focalizados nos mais pobres, e devem ser priorizados subsídios à demanda e não à extensão da oferta de serviços públicos. As pessoas que trabalham nesses programas deverão ser da comunidade, estimulando-se, assim, o trabalho voluntário. E o programa deveria ser encerrado no momento em que a própria comunidade passasse a se 'autossustentar'. A ideia de autossustentabilidade para os pobres é também uma marca indelével e persistente

no atual desenho de projetos sociais, defendida também pelas elites – cuja hipocrisia oculta a sua dependência de isenções fiscais e subvenções públicas.

Ao contrário do que se costuma afirmar, os efeitos redistributivos do gasto público dependem da sua capacidade de universalização e não do seu grau de focalização. A focalização 'perfeita', sem riscos de oferecer cobertura aos não pobres produz por si mesma um mecanismo de exclusão. Orientar os gastos sociais para os mais pobres não só corre o risco de deixar de fora uma parcela dos 'antigos' pobres (os considerados miseráveis), como também de não incluir os 'novos' pobres, aqueles que foram excluídos do mercado de trabalho. Este é o problema da focalização de programas com base unicamente em linhas de pobreza calculadas por critérios monetários, deixando de fora muitas famílias que estão acima da linha, mas que permanecem em condições de vulnerabilidade social. É comprovada a rotatividade em torno da linha de pobreza, causada por qualquer episódio de perda de emprego, doença ou invalidez.

Avanços na redução da pobreza e da desigualdade: o Brasil no contexto latino-americano

Redução da pobreza

A principal estratégia vigente no Brasil para a redução da pobreza é o Programa Bolsa Família (PBF), iniciado no primeiro governo do presidente Lula. O PBF é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias que vivem em situação de pobreza e em extrema pobreza. O PBF incorporou os objetivos do Programa Fome Zero: garantir o direito humano à alimentação adequada, promover a segurança alimentar e a nutrição, e contribuir para a erradicação da pobreza extrema e a conquista da cidadania das parcelas da população mais vulneráveis à fome.

O PBF baseia-se no enlace de três dimensões essenciais no combate à fome e à pobreza: 1) promover o alívio imediato da pobreza, por meio de transferência direta de renda para a família; 2) reforçar o exercício dos direitos sociais nos domínios da saúde e da educação, por meio das condicionalidades que contribuiriam para que as famílias possam quebrar o ciclo de pobreza entre as gerações; 3) coordenar programas suplementares cujo objetivo é o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários superem a situação de vulnerabilidade e pobreza. Exemplos de programas suplementares são os programas para a geração de emprego e renda; a alfabetização de adultos e o fornecimento de registro civil e outros documentos.

Os montantes de recursos transferidos a cada família pelo PBF variam de acordo com a renda mensal familiar *per capita* e com o número de crianças e adolescentes. Para ingressar no programa, a família deve concordar com o cumprimento das condicionalidades nos domínios da saúde e da educação. O Cadastro Único (Cadúnico) é o instrumento utilizado pelo governo federal para a identificação e a caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda, definidas como aquelas com renda familiar *per capita* inferior ou igual à metade de um salário mínimo. Portanto, o número de famílias no Cadúnico é maior que o número de famílias beneficiadas pelo PBF. Em agosto de 2007, o número total de famílias cadastradas no programa era de 18.075.178, enquanto em setembro de 2009 o número de famílias

beneficiárias era de 11.994.309. Considerando uma média de quatro pessoas por família no Brasil, a cobertura do PBF, em 2009, atingiria quase 45 milhões de pessoas.

Os níveis de miséria e pobreza nos últimos anos mantiveram queda consistente no Brasil. A trajetória de redução da pobreza e da pobreza extrema foi mais acentuada no Brasil do que em outros países da América Latina. A Cepal identificou, entre 1990 e 2005, que a pobreza na América Latina diminuiu 8,5 pontos percentuais, enquanto, no mesmo período, a pobreza no Brasil foi reduzida em 11 pontos percentuais. Mais recentemente, tal comportamento no Brasil ainda está mais acelerado (Barros *et al.*, 2009) (Tabela 1).

Tabela 1 – Evolução da pobreza. Brasil, México e América Latina – 1990-2007

País/região	Pobreza (%)					Redução da pobreza (em pontos percentuais)		
	1990	2002	2005	2006	2007	1990-2005	2002-2005	2002-2007
América Latina	48,3	44,0	39,8	-	-	8,5	4,3	-
México	47,7	39,4	35,5	-	-	12,2	3,9	-
Brasil	44,9	38,2	34,1	29,6	28,0	10,8	4,2	10,2

Fonte: Barros *et al.*, 2009: 95.

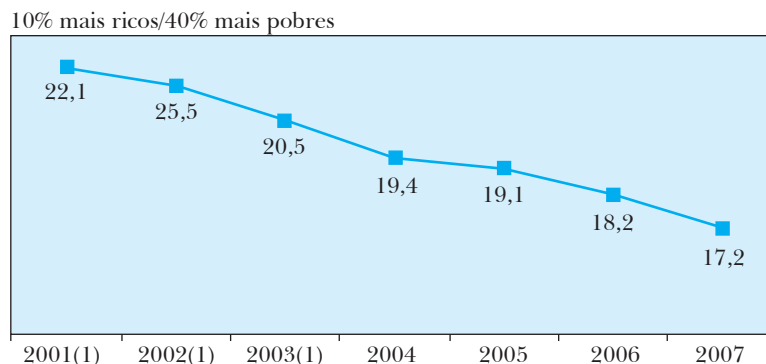
Diminuição da desigualdade social

Em relação à distribuição dos rendimentos no Brasil, a faixa média de renda familiar mensal *per capita* em 2007 era de aproximadamente R$ 624,00 (cerca de US$ 312). No entanto, metade das famílias vivia com valores abaixo de R$ 380,00 (cerca de US$ 190), correspondentes ao valor do salário mínimo daquele ano. A distribuição de renda no Brasil ainda é muito desigual e tem padrão regional. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada anualmente pelo IBGE, identificaram, em 2007, que metade das famílias da região Nordeste vivia com até R$ 214,00 (cerca de US$ 107), enquanto na região Sudeste o valor da mediana de rendimento girava em torno de US$ 220,50.

No entanto, a comparação da relação entre o rendimento dos 40% mais pobres e os 10% mais ricos, de 2001 a 2007, indica uma ligeira melhora na distribuição do rendimento médio mensal familiar para o período: passou de 22,1 vezes, em 2001, para 17,2 vezes em 2007 (Gráfico 1).

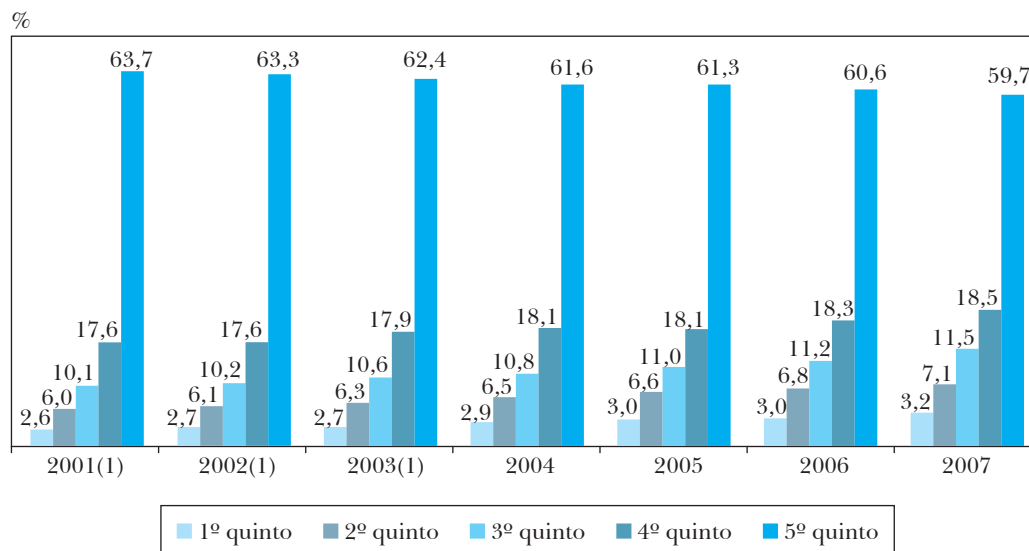
A análise da renda familiar, medida pela apropriação da renda total por cada quinto de rendimento da população, mostra significativa diferença entre o primeiro e o último quinto. No entanto, entre 2002 e 2007, há uma gradativa diminuição no percentual de famílias integrantes do quinto de rendimento mais baixo (Gráfico 2).

Observando-se a distribuição das famílias segundo classes de renda familiar *per capita*, no período de 1997 a 2007, verifica-se que houve diminuição no percentual de famílias que vivem com até meio salário mínimo *per capita*, principalmente a partir de 2002. No Brasil o percentual passou, em 1997, de 31,6%, para 31,8% em 2002, caindo consideravelmente, em 2007, para 23,5%. Na região Nordeste, a queda, entre 2002 e 2007, foi um pouco superior a dez pontos percentuais – de 53,9% para 43,1% (Gráfico 3), provavelmente em consequência das políticas públicas destinadas às famílias mais pobres.

Gráfico 1 – Diferencial entre rendimento médio mensal familiar *per capita* das famílias dos 10% mais ricos em relação às famílias dos 40% mais pobres. Brasil – 2001-2007

10% mais ricos/40% mais pobres

2001(1)	2002(1)	2003(1)	2004	2005	2006	2007
22,1	25,5	20,5	19,4	19,1	18,2	17,2

Obs.: Exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001-2007.

Gráfico 2 – Distribuição percentual do rendimento familiar *per capita*, segundo os quintos de rendimento. Brasil – 2001-2007

%

	1º quinto	2º quinto	3º quinto	4º quinto	5º quinto
2001(1)	2,6	6,0	10,1	17,6	63,7
2002(1)	2,7	6,1	10,2	17,6	63,3
2003(1)	2,7	6,3	10,6	17,9	62,4
2004	2,9	6,5	10,8	18,1	61,6
2005	3,0	6,6	11,0	18,1	61,3
2006	3,0	6,8	11,2	18,3	60,6
2007	3,2	7,1	11,5	18,5	59,7

Obs.: Exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Para e Amapá.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001-2007.

Índice de Gini é uma medida de desigualdade muito utilizada para detectar a distribuição de renda em um dado país e para fazer comparações entre países. O coeficiente varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade.

A evolução do índice de Gini observada no Brasil, entre 1997 e 2007, aponta para sucessivas reduções: 0,547 em 2004; 0,543 em 2005; 0,540 em 2006 e 0,528 em 2007. A partir de 2003, constata-se queda acentuada da desigualdade na renda familiar *per capita* (Gráfico 4).

Esses dados demonstram avanços importantes no combate à pobreza e às desigualdades de renda no Brasil, em grande parte consequência dos programas recentes de transferência de renda e de valorização do salário mínimo. Contudo, isso não será suficiente se políticas universais e de longo prazo permanecerem subfinanciadas, já que o aumento da renda por si só não garante melhoria de condições de vida.

Gráfico 3 – Proporção de arranjos familiares com rendimento familiar *per capita* de até meio salário mínimo *per capita*, nas regiões Nordeste e Sudeste – 1997/2007

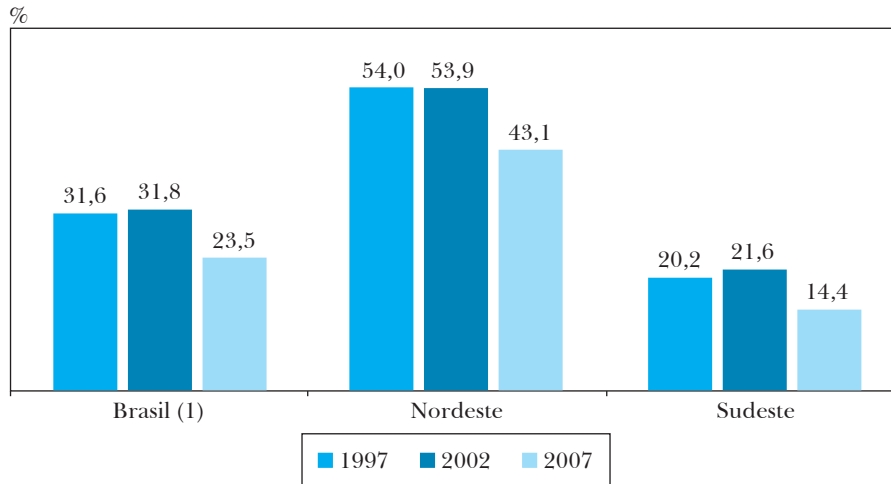
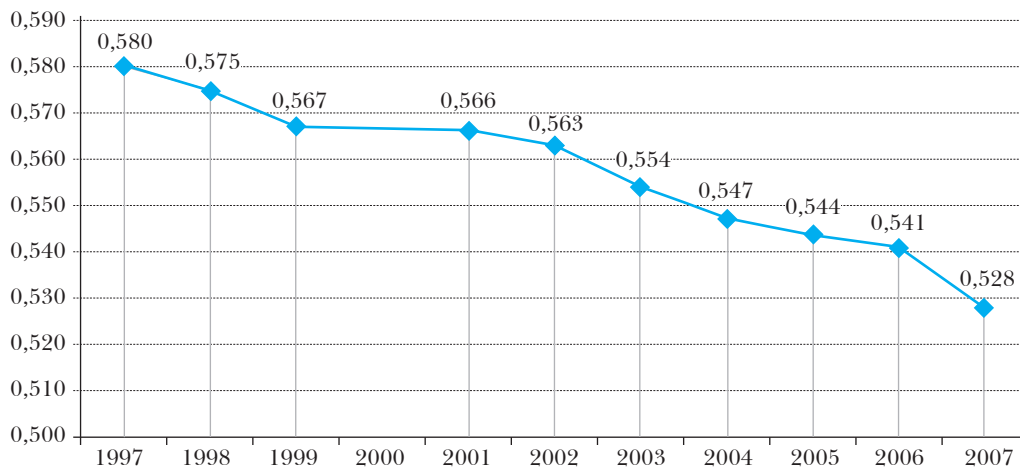
%
31,6 31,8 23,5
54,0 53,9 43,1
20,2 21,6 14,4
Brasil (1) Nordeste Sudeste
1997 2002 2007

Obs.: 1) Exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.
2) Valores inflacionados pelo INPC de setembro de 2007.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007.

Gráfico 4 – Índice de Gini da distribuição do rendimento mensal de todos os trabalhos das pessoas de 10 anos ou mais, ocupadas na semana de referência, com rendimento de trabalho. Brasil – 1997-2007

0,590 0,580 0,570 0,560 0,550 0,540 0,530 0,520 0,510 0,500
0,580 0,575 0,567 0,566 0,563 0,554 0,547 0,544 0,541 0,528
1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007

Obs.: 1) Exclusive o rendimento das pessoas da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.
2) A PNAD não foi realizada em 2000 devido ao Censo Demográfico.
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007.

Considerações finais

É na periferia capitalista, onde a construção de um Estado de Bem-Estar Social foi incompleta ou precária, que se verifica um impacto mais profundo do ajuste diante do desmonte dos frágeis mecanismos existentes de proteção social.

A América Latina serviu de laboratório para as várias gerações de reformas, implementadas a partir de revisões das reformas iniciais e dos seus problemas de implantação. Em alguns casos, houve uma espécie de reconhecimento das chamadas 'imperfeições do mercado', recomendando-se novas regulações a partir do Estado, adotando-se novas nomenclaturas como pluralismo estruturado ou mercado regulado (consulte o capítulo 25).

No entanto, o que se pôde constatar como resultado final dessas 'reformas' foi um processo de retração estatal e concomitante privatização das políticas sociais na América Latina – com a introdução de cobranças seletivas para determinados serviços básicos essenciais, como a assistência médica – levando à dualidade no acesso a esses serviços, criando um setor público para pobres, sem recursos e cada vez mais desfinanciado, e, de forma complementar, um setor privado para quem pode pagar, dominado por empresas de seguro, cujo crescimento é cada vez mais estimulado e, o que é mais grave, por recursos públicos.

A ampliação do mercado de seguros privados de saúde no Brasil neste período é discutida no capítulo 14.

A 'securitização' do social ainda é um fenômeno crescente e persistente na maioria dos países da América Latina, criando seguros públicos para pobres e subsidiando um florescente setor de seguros privados, sobretudo nas áreas de saúde e previdência social.

Em todas as alternativas de reforma, os resultados foram dramáticos do ponto de vista social, além de não resolverem os antigos problemas tão criticados no Estado de Bem-Estar. Se ao funcionar apenas como seguro o Estado de Bem-Estar reproduzia as desigualdades existentes no mercado de trabalho, as alternativas neoliberais não apenas ampliaram as estruturas de desigualdade social, mas também geraram novas condições de desigualdade no acesso aos bens e serviços sociais.

O frágil direito de cidadania que vinha sendo construído a duras penas na América Latina – guardadas as diferenças entre os países – foi substituído por 'atestados de pobreza' que permitem apenas o acesso a precários e mal financiados serviços públicos.

Quando tratamos de países latino-americanos, com desigualdades históricas e estruturais, a distância entre os mais ricos e os mais pobres aumentou ainda mais, provocando uma polarização que tem levado a rupturas sociais agudas e violentas. Nossos países ficaram com o pior dos mundos, agravando situações de pobreza ao mesmo tempo que se veem frente ao processo contemporâneo de 'desfiliação' daqueles que pertenciam ao circuito do mercado de trabalho, com algum grau de proteção social.

A associação perversa das determinações estruturais com o advento do neoliberalismo explica as modificações sofridas pela questão social latino-americana – tanto pelo lado das suas manifestações como pelo lado das políticas sociais para enfrentá-la. Configurou-se assim, no início do século XXI, um quadro social ainda mais desigual, cujas manifestações se revestem de enorme complexidade. Em reação às visíveis consequências sociais das reformas neoliberais, diversos países latino-americanos elegeram na última década governos preocupados com justiça social, com avanços na redução da pobreza e das desigualdades, como ilustrado pelo caso do Brasil, neste capítulo. Todavia, permanecem desafios ainda pendentes na construção de outro modelo de política social universal e não segmentado, cujo enfrentamento exigiria mudanças econômicas, sociais e políticas muito mais profundas do que medidas paliativas de combate à pobreza.

Leituras recomendadas

FLEURY, S. *Estado sin Ciudadanos: seguridad social en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, Cedec, 1995.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SOARES, L.T. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. (Coleção A Outra Margem: Clacso/LPP)

Sites de interesse

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: www.mds.gov.br

Latinobarómetro: www.latinobarometro.org/latino/latinobarometro.jsp

Comisión Económica para América Latina y el Caribe: www.eclac.org

Organization for Economic Co-operation and Development: www.oecd.org

Referências

BANCO MUNDIAL. *Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo: Programas de reformas – estudios de políticas del Banco Mundial*. Washington D.C.: Banco Mundial, 1990.

BARROS, R.P. *et al*. Determinantes da queda na desigualdade de renda no Brasil. *In*: CASTRO, J. A. & RIBEIRO, J. A. C. (Orgs.) *Situação Social Brasileira*: 2007. Brasília: Ipea, 2009. Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/2009/livro_SituacaoSocialBrasileira_2007.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2012.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL) *et al*. Desarrollo, transformación y equidad: la superación de la pobreza. *In*: *Opciones y Falsos Dilemas para los Años Noventa: lo nuevo y lo viejo en política social en América Latina*. Santiago do Chile: Nações Unidas/Cepal, 1989.

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Políticas Sociais, Acompanhamento e Análise*. Rio de Janeiro: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, 2009.

POSSAS, C. La protección social en América Latina: algunas reflexiones. *In*: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Estado y Políticas Sociales en América Latina*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Ensp/Fiocruz, 1992.

SOARES, L. T. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2001.

TITMUSS, R. *Essays on the Welfare State*. Londres: Aleen & Unwin, 1963.

27. Regionalização da Saúde no Brasil

Luciana Dias de Lima
Cristiani Vieira Machado
Mariana Vercesi de Albuquerque
Fabíola Lana Iozzi

Regionalização e descentralização são princípios norteadores da configuração político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). De caráter público, nacional e universal, o SUS integra um conjunto amplo de ações que devem ser organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo (Brasil, 1988, 1990).

A descentralização da política de saúde segue o desenho federativo brasileiro, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. Já a regionalização tem como objeto central a conformação de regiões, traduzindo-se como um processo político mais amplo, condicionado pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas, além de cidadãos, em diferentes espaços geográficos (Viana & Lima, 2011).

Ressalta-se que os mecanismos de coordenação e cooperação entre os entes são especialmente críticos para a regionalização da saúde no Brasil. Dadas as características próprias da federação, em geral, as regiões não se restringem aos limites político-administrativos das esferas subnacionais, sendo a interdependência entre os governos significativa no SUS (Campos, 2006; Fleury & Ouverney, 2007; Santos & Andrade, 2011).

A especificidade da federação no Brasil

Vários aspectos influenciam a implantação do SUS. Entre eles, as características da federação brasileira, que se distingue pelo reconhecimento dos municípios como entes autônomos a partir da Constituição de 1988, pela multiplicidade de esferas governamentais e por um importante processo de descentralização de encargos e recursos tributários. Existem, por um lado, mais de cinco mil municípios no país, em sua maioria (cerca de 90%) de pequeno ou médio porte, e com limitadas condições para assumir todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas. Por outro lado, 55% da população brasileira residem em municípios com mais de cem mil habitantes. Também são marcantes as assimetrias políticas e econômicas entre os governos estaduais.

Para uma discussão acerca dos princípios, dilemas e desafios do SUS, consulte o capítulo 12.

Além disso, a regionalização envolve pelo menos mais três processos inter-relacionados: o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (Mendes, 2010; Kuschnir & Chorny, 2010); a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde (Viana *et al*., 2008); a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a redução das desigualdades territoriais (Gadelha *et al*., 2009).

O capítulo aborda o tema da regionalização na saúde e sua importância para a consolidação do SUS. Inicialmente, discutem-se diferentes concepções sobre região e regionalização a partir dos campos da geografia e da economia regional. Em seguida, identificam-se as origens da ideia de regionalização na saúde e algumas justificativas para sua revalorização no cenário internacional de reformas dos sistemas de saúde. Na sequência, busca-se elucidar o modo como a regionalização foi incorporada na política de saúde brasileira no período de 1990 a 2010, destacando-se as mudanças no contexto recente.

Por fim, procura-se identificar alguns desafios para a regionalização da saúde no Brasil, relacionados à diversidade e às desigualdades regionais, às diferentes lógicas que influenciam a organização de ações e serviços de saúde no território e à conformação de sistemas regionais considerando dinâmicas territoriais específicas.

Região e regionalização na perspectiva da geografia e da economia

A região é uma categoria de análise da geografia, cujo conceito procura explicar os motores e os elementos da diferenciação espacial. Esse processo resulta em diversas formas e conteúdos regionais, a cada momento histórico. Já a regionalização é um instrumento do planejamento regional que identifica e desenha regiões no território, com base em critérios técnicos, políticos, econômicos, sociais e culturais, conforme o projeto que se pretende implementar. Assim se faz a distinção entre região como fato e como ferramenta do planejamento regional (Ribeiro, 2004).

Origem e significado de região

A palavra região deriva do latim *regere*, que significa "dirigir, guiar, conduzir, reger, governar" (Houaiss). O significado dessa palavra explica-se por ser, nos tempos do Império Romano, *regione* a denominação utilizada para as áreas que, ainda que dispusessem de uma administração local, estavam subordinadas às regras definidas por Roma. O termo, portanto, carrega uma conotação eminentemente política em sua concepção original (Corrêa, 1997).

Planejamento regional

Técnica de aplicação de políticas incluindo seu vínculo com o território (Piquet & Ribeiro, 2008). A geografia e, sobretudo, a economia são as duas áreas que mais influenciam o planejamento regional e as propostas de regionalização.

A utilização da regionalização como instrumento do planejamento está relacionada, em geral, à necessidade de organizar e articular no território os esforços políticos, econômicos e sociais em torno de um projeto de desenvolvimento (setorial, regional, nacional). A regionalização, isto é, a definição de recortes regionais, depende das diferenciações espaciais elaboradas segundo critérios previamente definidos. A escolha dos critérios está diretamente relacionada aos objetivos do projeto proposto. Buscam-se, como resultado final, regiões definidas, institucionalizadas, nomeadas e caracterizadas conforme as condições técnicas, econômicas e políticas oferecidas por elas para a realização do projeto.

A formalização de desenhos regionais no território, para fins de planejamento, é papel exclusivo do Estado. No Brasil, alguns exemplos podem ser ilustrativos: macrorregiões, regiões metropolitanas, regiões administrativas, regiões integradas de desenvolvimento e regiões de saúde. Governos de diferentes esferas podem propor regionalizações no interior de seus territórios. Em determinados casos, como na área da saúde, por exemplo, o processo de regionalização é fruto de um acordo entre dois ou mais entes da federação, isto é, depende de uma pactuação política em torno de critérios e objetivos comuns. Esse

processo se diferencia daquele relacionado à articulação de países para a conformação de blocos econômicos regionais.

A regionalização é um instrumento político poderoso para organizar esforços em torno de um projeto de desenvolvimento. Entretanto, não se pode perder de vista que as regiões abrigam fluxos, interesses e projetos que abrangem diferentes esferas da vida coletiva e também ultrapassam os limites regionais e as fronteiras nacionais (Ribeiro, 2004). As empresas, por exemplo, também criam suas próprias lógicas de atuação regional quando distribuem seus investimentos nas regiões que oferecem as melhores condições de produção e competitividade no mercado mundial, mobilizando fluxos de pessoas e mercadorias entre diferentes lugares e países.

Até 1950, a ideia de regionalização para fins de planejamento estava atrelada à expansão da urbanização, da industrialização e das atividades agrícolas e à extensão das vias de transporte. Após a Segunda Guerra Mundial, o contexto de reconstrução da Europa e do Japão e de disputa entre o modo de produção capitalista e o socialista valorizou sobremaneira a região, como recorte para as políticas de desenvolvimento econômico. Nessa fase, as estratégias de planejamento regional ganharam força no âmbito dos Estados Nacionais. No contexto do desenvolvimentismo, o Estado apresentava-se como agente privilegiado na condução de projetos que resultariam no crescimento econômico, no aumento da taxa de emprego e na superação de desigualdades socioespaciais (Piquet & Ribeiro, 2008).

A criação de **blocos econômicos regionais** constituídos por diversos países, como é o caso do Mercosul e da União Europeia, não resulta de um processo de regionalização – diferenciação espacial como instrumento do planejamento regional do Estado. Esses blocos regionais têm como fundamento acordos formalizados entre os países, que expressam objetivos e políticas comuns como, por exemplo, em torno da estrutura monetária, da regulação sobre a circulação de bens, mercadorias e pessoas, das tarifas alfandegárias, entre outros.

Desenvolvimento e desenvolvimentismo na perspectiva cepalina

A ideia de **desenvolvimento** é definida, a cada momento histórico, com base, sobretudo, nas condições ou aspirações sociais quanto ao progresso técnico, à acumulação de capital e à satisfação das necessidades humanas (Furtado, 2000).

O **desenvolvimentismo** é uma corrente de pensamento que alcançou seu auge nos anos 50, associada às 'teorias cepalinas', referência aos pensadores que integravam a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), como Raul Prebish e Celso Furtado, entre outros. Os elementos centrais do desenvolvimentismo são: 1) a noção de que o subdesenvolvimento não constitui uma etapa prévia pela qual os países teriam necessariamente de passar antes de chegarem à condição de desenvolvidos, mas algo decorrente da maneira desigual pela qual se dá o processo de assimilação do progresso tecnológico por parte das diferentes nações no sistema capitalista; 2) a ideia de que a posição dominante ocupada pelos países desenvolvidos (ou 'centrais') em relação à geração e à difusão da tecnologia tenderia a fazer com que os países subdesenvolvidos (ou 'periféricos') permanecessem em uma situação de dependência, exportando matérias-primas e importando produtos de elevado conteúdo tecnológico e alto valor agregado. Esse movimento seria amplificado adicionalmente pela tendência à reprodução, pelas elites dos países periféricos, de padrões de consumo originados nos países desenvolvidos por meio das importações de produtos industrializados, dificultando o surgimento de polos de geração de tecnologia na periferia. O principal caminho para a superação da dependência e da própria condição de subdesenvolvimento seria a industrialização, já que a indústria é a atividade econômica com maior capacidade de estimular o progresso tecnológico. Assim, as técnicas de planejamento passaram a ser valorizadas como base para a elaboração e execução de planos nacionais de desenvolvimento conduzidos pelo Estado.

Entre as décadas de 1950 e 1970, a Cepal teve grande influência no planejamento regional na América Latina, com a teoria da dependência e a formulação do nacional-desenvolvimentismo latino-americano. No Brasil, destacam-se os trabalhos de Celso Furtado, mais especificamente a criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene).

Na década de 1970, no Brasil, foram criadas inúmeras regionalizações para o planejamento do Estado, que buscavam o 'milagre econômico', durante a ditadura militar, valorizando o planejamento regional como indutor do desenvolvimento capitalista no país. Em 1975, surgiram as regiões metropolitanas no âmbito do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), privilegiando o progresso urbano e econômico como categorias essenciais para a definição das regiões (Souza, 1992).

Em meados da década de 1970, com a emergência do neoliberalismo, que propunha a crença exacerbada nas forças de mercado para impulsionar o crescimento econômico e diminuía o papel do Estado no planejamento, as estratégias de planejamento regional e regionalização começaram a perder centralidade. Outros temas emergiram, tais como a questão urbana, a descentralização e a relação 'local-global' (Piquet & Ribeiro, 2008). O debate sobre desenvolvimento foi suprimido pela ideia de competitividade, inovação tecnológica, estabilidade macroeconômica, rentabilidade financeira e reforma gerencial do Estado. Nesse contexto, as grandes empresas passaram a selecionar as regiões que mais interessavam para organizar novas lógicas de produção e comercialização dos produtos em escala planetária. Ao mesmo tempo, as mudanças técnicas, políticas, econômicas e culturais que vinham ocorrendo no mundo, desde o pós-guerra, tornaram mais complexa a tarefa de identificação de regiões.

A partir de meados dos anos 2000, o esgotamento das políticas neoliberais, a crise financeira global, a estagnação do crescimento econômico dos países centrais e o aumento das desigualdades socioespaciais levaram à retomada do debate sobre o desenvolvimento e o papel do Estado. Os países emergentes, entre eles o Brasil, tomaram a dianteira nessa discussão.

Nesse novo contexto, no Brasil, houve a revalorização da regionalização como instrumento do planejamento de longo prazo, reconhecendo a necessidade de elaboração de políticas públicas diferenciadas conforme a diversidade das dinâmicas territoriais do país. Além disso, a retomada da regionalização também se relaciona com a tentativa de induzir uma relação mais cooperativa entre municípios, estados, Distrito Federal e a União para superar os limites colocados pelo recente processo de descentralização. O principal desafio do planejamento regional é promover o desenvolvimento articulando a lógica econômica e social, a partir de políticas coerentes e integradas territorialmente visando a diminuir as desigualdades socioespaciais.

As contribuições da geografia

Durante o século XIX e o início do século XX, as regiões eram definidas pelos geógrafos como 'regiões naturais', considerando-se exclusivamente seus aspectos físicos – clima, relevo, hidrografia, vegetação. Tal definição não considerava as transformações que o ser humano produzia sobre as paisagens. O advento da geografia humana, proposta pelo geógrafo francês Vidal de La Blache, no final do século XIX, demonstrou que a 'região natural' não se constituía mais como um referencial para explicar as diferenças do processo de desenvolvimento econômico e social que se processam no espaço geográfico (Corrêa, 1997).

Na primeira metade do século XX, com o crescimento da produção industrial, a expansão das redes de transporte e comunicação e o fenômeno da urbanização, dois ele-

mentos tornaram-se centrais para a estruturação de uma região: a existência de uma cidade importante, como uma metrópole ou um polo industrial, que abrigava diversos serviços e equipamentos urbanos; e a existência de redes de transporte, como as ferrovias, que ligavam essa cidade a outras, caracterizando-a como um verdadeiro centro regional (La Blache, 1943).

Após a Segunda Guerra Mundial, a região é vista como uma particularidade do funcionamento da economia mundial, inserindo-se em diferentes escalas econômicas e políticas, e os fluxos de produtos, pessoas e informações ultrapassam, cada vez mais, os limites regionais (Kayser, 1967). As metrópoles e os polos regionais ganharam enorme peso na definição das regiões, cujo potencial de inserção na economia internacional importava mais do que o desenho dos limites regionais (Juillard, 1965). A metrópole regional era definida pela variedade, raridade, especialidade e qualidade de suas atividades urbanas e era cortada por importantes vias de circulação e comunicação, que garantiam a abrangência de sua influência regional (polarização) sobre outros centros urbanos e áreas agrícolas. A metrópole representava um centro de difusão do desenvolvimento para toda a região.

As regiões eram caracterizadas conforme as condições que ofereciam para o país alcançar um determinado padrão de desenvolvimento. A identificação das regiões geográficas abarcava uma série de elementos, como as características urbanas e populacionais, as redes de transporte e comunicação e os fluxos regionais (Kayser, 1967).

A partir de meados da década de 1970, e mais recentemente no período da globalização, a identificação de regiões tornou-se uma tarefa mais complexa. A consolidação de um mercado global, com empresas atuando em diversos países, a extensão de redes de transporte e comunicação, conformando sistemas de logística planetários, e a necessidade de inserção dos lugares nesse mercado trouxeram novos elementos para a estruturação de regiões (Santos, 1996, 2008). Nesse contexto, as constantes e aceleradas transformações na divisão internacional do trabalho encurtam o tempo de elaboração e duração dos conteúdos e formas regionais.

As ‘regiões competitivas’ (Castillo, 2008) especializaram-se em atender às demandas do capital internacional de qualidade e custo da produção, sendo a organização de sistemas logísticos de circulação e comunicação um dos requisitos mais importantes para a inserção das regiões no mercado global. A competição tornou-se um atributo não apenas das empresas, mas também das regiões.

Contudo, nem todos os lugares, nem todas as pessoas e empresas participam e se beneficiam igualmente das condições regionais de produção, circulação e consumo. Na contiguidade da região, o cotidiano revela conflitos e contradições que resultam das desigualdades socioespaciais.

Verifica-se que a definição dos limites (desenhos) regionais importa cada vez menos para se identificar e compreender uma região geográfica. A organização de diversos elementos para oferecer competitividade ao mercado global e as amplas conexões que o polo urbano regional estabelece com outras cidades, não necessariamente contíguas no território, são as principais questões que estruturam as regiões (Santos, 2008). A região é, assim, um recorte dinâmico dos usos do território que sofre influência de ações que ocorrem em diferentes escalas de tempo e espaço (Silveira, 2010).

Os usos do território

Como proposto por Milton Santos (1996: 51), o 'espaço geográfico' é instância social, "um sistema indissociável de objetos e ações", e o que interessa discutir é o 'território usado': a concretização desse sistema indissociável de objetos e ações, que configura os usos do território. Parte-se da tentativa de compreender, assim, o território usado, isto é, os usos realizados. O 'uso do território' é definido "pela implantação de infraestruturas, para as quais estamos igualmente utilizando a denominação de sistemas de engenharia, mas também pelo dinamismo da economia e da sociedade. São os movimentos da população, a distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, o arcabouço normativo, incluídas a legislação civil, fiscal e financeira, que, juntamente com o alcance e a extensão da cidadania, configuram as funções do novo espaço geográfico" (Santos & Silveira, 2001: 21).

As contribuições da economia

Do final do século XIX até 1950, as teorias econômicas avançaram tentando explicar como se processava o padrão de localização industrial e das atividades agrícolas, a partir da elaboração de esquemas regionais. Von Thünen (final do século XIX) foi pioneiro nesse campo, seguido de Lösch (década de 1940) e Walter Isard, que fundou a *Regional Science*, nos Estados Unidos, na década de 1950 (Juillard, 1965; Diniz, 2001). A regionalização era pensada com base nas forças de concentração e dispersão que resultavam na diferenciação espacial do crescimento (Diniz, 2001). A região era definida a partir de uma racionalidade estritamente econômica e segundo uma visão de espaço homogêneo, isto é, desconsideravam-se outros elementos que criavam as diferenciações espaciais.

A partir da década de 1950, a complexidade da hierarquia urbana com o crescimento do número de metrópoles e polos regionais começou a dificultar a delimitação das regiões, sempre pensadas a partir de seus centros urbanos, e também sua definição como espaços homogêneos ou uniformes (Labasse, 1960). Os economistas souberam responder mais rapidamente às demandas dos Estados para a construção do planejamento regional do desenvolvimento, concentrando seus esforços sobre a racionalidade econômica de desconcentração e concentração industrial e agrícola.

A conformação de um mercado global tornou as regiões mais interdependentes e ajudou a internacionalizar os ideais de desenvolvimento econômico e de planejamento no mundo. A partir daí, muitas decisões que eram tomadas no âmbito de uma região passaram a influenciar o que ocorria em outras regiões mais distantes, sobretudo naquelas situadas em países subdesenvolvidos (Boudeville, 1973).

Contudo, o planejamento proposto até então acabou esbarrando nos desequilíbrios regionais, revelando as contradições inerentes à ideia de desenvolvimento econômico dissociada da lógica social e, também, dos conflitos resultantes da exploração dos mercados dos países subdesenvolvidos. Tais desequilíbrios mostravam como as regiões se inseriam de forma desigual no mercado internacional, caracterizando a existência de centros e periferias.

Os esforços da política do Estado procuraram contemplar também a escala nacional do planejamento e a polarização dos centros urbanos como base e instrumento eficaz para a integração do território. A constituição de uma rede urbana com polos irradiando os fatores de produção visava a diminuir as disparidades regionais e criar aglomerações produtivas, gerando a diversificação das atividades e maior capacidade de inovação e difusão pelas regiões

(Boudeville, 1973). O planejamento regional questionou a criação dos polos de crescimento (restrito aos indicadores econômicos) e propôs a ideia de polos de desenvolvimento e regiões funcionais (Perroux, 1981).

A partir de meados da década de 1970, as 'regiões ganhadoras' (Benko & Lipietz, 1994), consideradas as mais aptas para viabilizar a produção de bens para exportação, começaram a receber grandiosos investimentos públicos e privados. A identificação dessas regiões pelas grandes empresas gerou uma significativa competitividade entre lugares no mundo para serem classificados como boas opções para investimentos. Também é necessário levar em conta a natureza hierárquica da geração e apropriação da riqueza entre as múltiplas escalas intermediárias que se impõem entre o local e o global (Brandão, 2007).

Os principais pontos de interseção e distinção entre as influências da geografia e da economia para a identificação de regiões estão sistematizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Contribuições da geografia e da economia para a identificação de regiões

Até a década de 1950	
Geografia	**Economia**
Identificação de regiões por meio da existência de um centro (cidade) e suas vias de transporte. Elementos: • Centralidade da cidade na hierarquia urbana, dadas a diversidade e a qualidade dos seus serviços e equipamentos urbanos; • Complementaridade entre áreas urbanas e rurais e a área de abrangência do mercado regional; • Identificação da dinâmica regional e seus nós, isto é, suas cidades de referência; • Importância das redes de circulação e comunicação.	Identificação de regiões por meio do padrão de localização industrial e das atividades agrícolas. Elementos: • Fatores de produção (renda da terra, custo dos transportes e matérias-primas); • Mercado consumidor; • Atividades urbanas.
De 1950 até meados da década de 1970	
Geografia	**Economia**
Identificação de regiões por meio da polarização da rede urbana e dos fluxos entre zonas rurais e urbanas. Elementos: • Hierarquia, atratividade e polarização dos centros urbanos; • Densidade populacional; • Concentração industrial; • Funções urbanas, diversificação dos serviços, da produção e dos equipamentos; • Intensidade dos fluxos; • Relações de complementaridade com as zonas rurais e outras regiões industriais e urbanas.	Identificação das regiões por meio de polos de crescimento e polos de desenvolvimento. Elementos (polos de crescimento): • Desconcentração e concentração industrial e agrícola (aglomerações produtivas); • Constituição de uma rede urbana com polos irradiando os fatores de produção; • Desequilíbrios regionais (sociais e setoriais), existência de centros e periferias. Elementos (polos de desenvolvimento): • Infraestrutura urbana e de produção; • Redes de transporte e comunicação; • Instituições e organizações políticas; • Condições de vida da população; • Políticas de bem-estar social; • Políticas de crescimento econômico; • Capacidade de inovação e difusão; • Produtividade e articulação entre os polos de desenvolvimento de um mesmo território.

Quadro 1 – Contribuições da geografia e da economia para a identificação de regiões (cont.)

De meados da década de 1970 até meados dos anos 2000	
Geografia	**Economia**
Identificação de regiões por meio de sua capacidade de oferecer competitividade das empresas no mercado mundial e, também, das desigualdades socioespaciais resultantes da modernização do território. Elementos: • Estruturas históricas herdadas; • Estrutura produtiva e investimentos públicos e privados em produção, serviços, comércio, infraestrutura e logística; • Capacidade de oferecer às empresas condições competitivas de produção, circulação, consumo e inserção no mercado global; • Polo urbano regional e suas conexões com diferentes locais nacionais e internacionais, para organizar a produção, a circulação e o consumo; • Concentração de equipamentos, infraestrutura e redes de transporte e comunicação integradas em sistemas logísticos; • Densidade de fluxos de mercadorias, pessoas, capital e informação; • Mercado consumidor e mercado de trabalho; • Regulação, impostos e relações trabalhistas.	Identificação de regiões por meio de sua capacidade de oferecer competitividade para as empresas no mercado global. Elementos: • Capacidade de produção e comercialização dos produtos no mercado global; • Concentração de investimentos públicos e privados em infraestrutura, serviços, ciência, tecnologia e inovação; • Capacidade de garantir competitividade para as empresas no mercado nacional e global; • Mercado de trabalho e regulação trabalhista; • Conexão local-global.
A partir de meados dos anos 2000	
Geografia	**Economia**
Identificação de regiões como um recorte dinâmico dos usos do território, que sofre influência de ações que ocorrem em diferentes escalas de tempo e espaço. Novos elementos que se somam àqueles definidos a partir de meados da década de 1970: • Conflitos e contradições que resultam das desigualdades socioespaciais; • Diferentes grupos sociais que reivindicam sua participação no planejamento regional.	Identificação de regiões por meio de sua capacidade de inserção em uma nova política de desenvolvimento econômico e social. Novos elementos que se somam àqueles definidos a partir de meados da década de 1970: • Existência de instâncias de coordenação e governança entre diferentes níveis governamentais e agentes da sociedade; • Mercado consumidor interno; • Capacidade produtiva da indústria nacional; • Níveis de desigualdade social.

A geografia e a economia indicam, neste início de século, a necessidade de se tratar os processos regionais de forma multiescalar, compreendendo que as regiões participam de projetos e ações que dependem de fatores e grupos de interesses diversos. Muitas vezes, esses processos escapam aos limites regionais. Além disso, concordam que a região deve expressar tanto sua capacidade de resposta à dinâmica econômica mundial quanto as desigualdades socioespaciais resultantes dos diversos usos do território, para que estas balizem a retomada da discussão sobre o desenvolvimento.

A regionalização na conformação de sistemas universais de saúde

As relações entre território e saúde são bastante antigas, tendo sido sugeridas por Hipócrates (*Ares, Águas e Lugares*, 480 a.C.) ao identificar a influência dos aspectos físicos como o clima e a água sobre a saúde humana. Mas é a partir do século XVIII que a ideia de inquéritos sanitários ganhou força na Europa ante a necessidade de produzir conhecimentos sobre as condições topográficas e a ocorrência de doenças no processo de colonização. As monografias produzidas na época abriram caminho para o desenvolvimento do método epidemiológico no estudo da propagação, da distribuição e do controle das doenças durante o século XIX.

Entretanto, as preocupações quanto à utilização de critérios regionais na conformação de sistemas de saúde permaneceram restritas durante esse período. O *Relatório Dawson*, publicado em 1920 na Inglaterra, é considerado um trabalho pioneiro nesse sentido (Informe, 1964). Esse documento inspirou a adoção do conceito de rede regionalizada de serviços na implantação de sistemas universais de saúde.

Produzido por solicitação do governo inglês tendo em vista o contexto de mudanças nos sistemas de proteção social após a Primeira Guerra Mundial, tinha como objetivo propor diretrizes organizativas para a provisão de serviços a toda uma população de uma dada região (Kuschnir & Chorny, 2010). Entre outras questões, o relatório introduziu a ideia de territorialização, indicou a necessidade de articulação entre medidas de prevenção e tratamento e a importância de associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão.

O *Relatório Dawson* e a conformação do sistema nacional de saúde na Inglaterra

O *Relatório Dawson* propôs a definição de bases territoriais e populações-alvo na organização de redes regionalizadas de serviços de saúde. A porta de entrada do sistema seria o centro de saúde primário, que empregaria os *general practitioners* (GPs) – médicos generalistas ingleses que clinicavam de forma autônoma. Os centros de saúde seriam o núcleo do sistema, sendo que os médicos generalistas teriam a função de definir o fluxo do paciente pelo sistema, o que rendeu-lhes o nome de *gatekeeper* (o porteiro, o que toma conta da porta para a entrada no sistema de saúde).

Localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde secundário com serviços especializados, situados de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando em porte e complexidade. Os casos que não pudessem ser resolvidos nesse nível seriam referenciados aos hospitais – no modelo proposto, hospitais de ensino – aos quais os centros de saúde se vinculariam.

Para garantia do cuidado integral, a regionalização da saúde deveria se basear em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência de recursos em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada por meio de mecanismos de referência entre níveis e territórios, alimentados por sistema de informação e transporte.

Após a vitória do Partido Trabalhista no pós-guerra, o primeiro sistema de saúde público e universal do Ocidente foi implantado na Inglaterra em 1948 – o National Health Service (NHS) –, 28 anos depois do lançamento do relatório. Devido à recusa dos médicos em trabalhar como assalariados, o primeiro nível do modelo de saúde inglês não se baseou em centros de saúde. Todas as demais características da rede de serviços proposta por Dawson, todavia, foram adotadas: bases territoriais, populações-alvo, unidades com perfis de complexidade distintos organizadas de forma hierarquizada, porta de entrada e mecanismos de referência. Os médicos generalistas foram contratados pelo NHS, remunerados por capitação e mantiveram sua função de *gatekeeper*.

Fontes: Informe, 1964; Kuschnir & Chorny, 2010.

Do ponto de vista da conformação da rede de serviços, o Relatório Dawson propôs a definição de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo e coordenação pela atenção primária, além de mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes. Por questões de eficiência, escala e qualidade, sugeriu-se a concentração de serviços mais complexos em algumas localidades e a adoção de mecanismos de referência para garantia da abrangência e continuidade do cuidado.

Na proposta de Dawson, havia uma relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade com a estratégia de organização regional e hierarquização dos serviços. Não sem razão, seguiram-se algumas adaptações do modelo Dawson por outros países que implantaram sistemas nacionais de saúde universais. Segundo Kuschnir e Chorny (2010), o relatório também serviu de base para a elaboração da proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos) pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a partir de meados da década de 1980.

Adaptações do modelo Dawson

Entre as adaptações do modelo proposto por Dawson nos países que adotam sistemas públicos universais, destacam-se as diferentes composições de recursos e funções do primeiro nível de atenção (generalistas autônomos, equipes em centros de saúde ou policlínicas). Esse nível, no entanto, permanece dotado de resolutividade, quer seja pela qualificação dos profissionais, quer seja pelo acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos por meio de articulações com os demais componentes da rede. Os serviços especializados e mais complexos encontram-se distribuídos no território respeitando as características regionais dos países, os benefícios e ações cobertos pelo sistema e os tipos de equipamentos e profissionais envolvidos na atenção à saúde.

Por sua vez, do ponto de vista administrativo, a regionalização do sistema nacional de saúde guarda correspondência com a organização político-territorial do Estado. Em países unitários, instâncias gestoras territoriais configuram-se por delegação do poder central (desconcentração administrativa); nas federações, por processos de descentralização para esferas estaduais que, em geral, correspondem a regiões historicamente constituídas por motivos de ordem política, econômica e cultural. Nessas situações, os processos de descentralização estão associados à criação e ao fortalecimento de autoridades sanitárias locorregionais, com diferentes recortes e atribuições, nos limites de cada estado (Bankauskaite, Dubois & Saltman, 2007).

Os processos de implantação de sistemas públicos de saúde do tipo universal sugerem o importante papel dos governos centrais na consolidação de seus princípios e diretrizes, fortemente baseados nos valores de solidariedade e cidadania social. Contudo, nos países federativos, pode existir uma tensão entre o caráter nacional da política de saúde (direitos a serem assegurados para todos os cidadãos) e o respeito às autonomias e diversidades regionais requeridos pelas esferas estaduais e instâncias locais. Isso exige o desenvolvimento de dispositivos institucionais e financeiros que garantam a uniformidade da prestação de serviços em todo o território nacional.

Uma rede regionalizada de atenção à saúde constitui-se por um conjunto de unidades (ou pontos de atenção), de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de uma população. Para efeito da discussão que envolve a regionalização, importa destacar os significados associados às regiões para organização dos sistemas de saúde: 1) base territorial e populacional cujos elementos engendram o planejamento de uma rede de atenção à saúde; 2) delimitação territorial que possui uma dada autossuficiência de serviços até o mais alto nível de complexidade que se defina; 3) base territorial vinculada à condução político-

administrativa da rede de atenção à saúde, que se associa a processos de descentralização e/ou desconcentração na política de saúde.

Os países possuem trajetórias e experiências diversas de organização e gestão das ações e serviços de saúde no território, como é o caso da regionalização do sistema de saúde na Espanha.

A regionalização do sistema de saúde na Espanha

Um exemplo interessante de regionalização da saúde verifica-se no caso espanhol. A Espanha passou por um processo gradativo de universalização de seu sistema de saúde, originariamente com base no trabalho assalariado, a partir da década de 1950, que se concretizou com a passagem do modelo de seguro social obrigatório para um sistema público de caráter universal nos anos 80. Em 1978, após período ditatorial, foi promulgada uma nova Constituição que estabelece as bases para a conformação do Sistema Nacional de Saúde – universalização, acessibilidade, desconcentração e descentralização – e cria as Comunidades Autônomas (CCAA). Nesse mesmo ano, foi instituído o Insalud – Instituto Nacional de Saúde –, que passou a ser responsável pela gestão dos serviços de saúde do Sistema de Seguro Social (175 hospitais, 300 ambulatórios e 526 consultórios).

A Lei Geral da Saúde, em 1986, consagrou a descentralização como princípio e definiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS), de acesso universal e financiado com recursos fiscais, como o conjunto de serviços de saúde da administração central do Estado e das CCAA, com prioridade para a promoção e prevenção, o acesso igualitário integral e a superação dos desequilíbrios sociais e territoriais. Nesse momento, ampliou-se o processo de transferência de poder dos níveis gestores centrais para as Comunidades, que, paulatinamente (de 1981 a 2002), adquiriram estatutos de autonomia e passaram a administrar os serviços de saúde em seu território. Mais recentemente (2003), nova legislação sanitária destaca a importância da coesão nacional e da ampliação da qualidade e eficiência do sistema.

Atualmente, mesmo não tendo uma Constituição Federativa, a Espanha funciona de modo semelhante às federações, sendo considerada um dos países mais descentralizados da Europa. O Estado se organiza em 17 CCAA e duas cidades autônomas (Ceuta e Melilla). Cada CCAA constituiu um Serviço Comunitário de Saúde e uma *Consejería de Salud*, responsável pelo planejamento, gestão, financiamento e prestação dos serviços de saúde. Com tradição de territorialização (anterior ao SNS), os serviços de saúde encontram-se organizados territorialmente em 'áreas', compostas por uma ou mais 'zonas' de saúde. As áreas de saúde, com população entre 200 mil e 250 mil habitantes, possuem pelo menos um hospital geral responsável por internações, atenção especializada e serviço de urgências de modo a garantir a integralidade da atenção nesses recortes territoriais. As zonas básicas de saúde, com população de 5 mil a 25 mil, agregam os serviços de atenção primária, os centros de saúde, com equipes multiprofissionais constituídas por médicos de família e comunidade, pediatras e enfermeiros, todos profissionais assalariados em tempo integral com função de porta de entrada e filtro para a atenção especializada. Os usuários escolhem um médico de família e comunidade do centro de saúde de sua zona e registram-se na sua lista.

Alguns critérios definidos em lei servem como parâmetros para o estabelecimento dos diferentes recortes em áreas e zonas de saúde, admitindo-se adaptações regionais. Existem, ainda, mecanismos institucionais e financeiros para compensação dos serviços prestados entre as CCAA, como diminuir a fragmentação e permitir a manutenção do caráter universal e igualitário do sistema.

Fontes: Jordana, 2006; Sacado, Fortes & Tanaka, 2011.

A partir da década de 1990, a proposta de organização de redes de serviços de saúde tem adquirido novos contornos. Sob a denominação genérica de 'cuidados integrados' ou 'sistemas integrados', agrupa diferentes concepções e intervenções que variam em objetivo, abrangência, mecanismos e instrumentos de integração dirigidos à prática individual, aos serviços de saúde e a diferentes setores da política pública. Entre as experiências tomadas

como referência nesse campo, destacam-se os sistemas integrados norte-americanos (arranjos derivados da integração vertical de provedores no mercado de prestação de serviços) e a incorporação de práticas de integração do cuidado nas redes regionalizadas dos sistemas europeus (Kuschnir & Chorny, 2010).

De modo geral, afirma-se que a origem dessas mudanças deve-se à crise contemporânea dos sistemas de saúde. As ações e os serviços prestados de modo fragmentado tornam-se incapazes de responder de modo satisfatório às mudanças socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas experimentadas nas duas últimas décadas, tais como o crescimento das doenças crônicas, a elevação dos custos das tecnologias médicas e as necessidades especiais advindas do envelhecimento (Mendes, 2010).

Nesse contexto, alguns trabalhos enfatizam a importância da modelagem de redes temáticas de atenção à saúde, partindo da premissa de que não é mais possível o desenho de uma única rede que dê conta de todos os problemas de saúde (Mendes, 2007). As redes temáticas podem incluir áreas diversas, tais como: rede de atenção às doenças cardiovasculares, rede de atenção às doenças oncológicas, rede de atenção às urgências e às emergências, entre outras. Segundo Mendes (2007), a base para o desenho das redes de atenção à saúde está na gestão da clínica, entendida fundamentalmente como coordenação e continuidade do cuidado necessário segundo padrões de qualidade reconhecidos.

As linhas de cuidado também servem como diretrizes para o detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades e os atendimentos prestados na rede. Estas são definidas a partir de diretrizes e protocolos clínicos, em que epidemiologistas, especialistas e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes. São desenhados os possíveis trajetos dos usuários ao longo da rede, as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e as formas para garantir os recursos necessários ao cumprimento da proposta.

Para refletir

Quais as possíveis diferenças entre as linhas de cuidado e os chamados 'programas verticais'?

Os programas, em geral, tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos especializados em uma determinada patologia. A ideia da linha de cuidado é outra. Como exemplo, o desenho da linha de cuidado ao câncer de mama envolve unidades básicas, centros de diagnóstico, serviços especializados em hospitais gerais e serviços de hospitais especializados. Propõe-se a criação de 'corredores funcionais' que conduzam o paciente ao longo da rede e que permitam integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em unidades não especializadas, eventualmente localizadas em mais de um município.

Entretanto, a discussão de redes temáticas tem pertinência somente para algumas condições ou grupos populacionais, selecionados a partir de critérios de risco e vulnerabilidade. Na maioria dos casos, a atenção básica cumpre um papel fundamental na garantia do acesso, abrangência/integralidade, continuidade/longitudinalidade e coordenação do cuidado com foco integral na pessoa, devendo ser a ordenadora de toda a rede. Suas atribuições estão relacionadas à prevenção e promoção da saúde, ao acolhimento à demanda espontânea (em geral, de quadros agudos ou crônicos agudizados), à organização da demanda programada, ao cuidado direto a múltiplas situações e à gestão do cuidado, em alguns casos compartilhada com outros serviços.

Além disso, há inúmeros desafios relacionados tanto à natureza das condições (crônicas) a serem atendidas quanto aos modos de cuidado e de articulação de recursos diagnósticos e terapêuticos na proposta das redes temáticas. Os usuários com essas condições são frequentemente expostos a profissionais da saúde e a métodos diagnósticos e terapêuticos que, se não forem bem conduzidos, podem aumentar os riscos de iatrogenia, produzir vínculos frágeis, desresponsabilização pelo cuidado e ineficiência. As limitações e restrições por vezes apresentadas aos usuários (em geral, a partir de racionalidades técnico-científicas) portadores dessas condições também se constituem como elementos críticos, na medida em que não necessariamente dialogam com os desejos, as expectativas e a autonomia deles.

Com o objetivo de contribuir para esse debate, a Opas tem atribuído forte destaque às redes de atenção coordenadas pela atenção primária em suas atividades e documentos recentes. Entre outros, destaca-se a formulação, em 2008, de um marco conceitual e operativo voltado para os países latino-americanos, que foi submetido a consultas nacionais e regionais para validação da proposta (Opas, 2010). Nesse documento, as redes integradas de serviços de saúde são definidas como arranjos para prover serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, aproximando-se das concepções de redes regionalizadas dos sistemas universais.

Sugerem-se 14 atributos essenciais para a conformação das redes:

1) População e território definidos e amplo conhecimento de suas necessidades para determinação da oferta de serviços a serem prestados.
2) Extensa rede de estabelecimentos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, incluindo as ações voltadas para agravos, riscos e populações específicas e os serviços assistenciais e de saúde pública.
3) Primeiro nível de atenção multiprofissional que atue como porta de entrada, integre e coordene a atenção, de modo a satisfazer à maior parte das necessidades da população.
4) Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e de preferência em ambiente extra-hospitalar.
5) Existência de mecanismos de coordenação assistencial.
6) Atenção à saúde centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade, que leve em conta as diversidades socioculturais.
7) Sistema de governança único para toda a rede.
8) Ampla participação social.
9) Ações intersetoriais e abordagem sobre os determinantes da saúde e da equidade em saúde.
10) Gestão integrada dos sistemas de apoio logístico, clínico e administrativo.
11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e legitimados pela rede.
12) Sistema de informação integrado que vincula os usuários à rede.
13) Gestão baseada em resultados.
14) Financiamento adequado e incentivos financeiros atrelados às metas das redes.

De acordo com a proposta, o modelo organizacional das redes comporta múltiplos formatos que devem ser adotados em função das necessidades dos sistemas e dos contextos em que estes se inserem. Uma questão fundamental está relacionada ao fortalecimento da capacidade de atuação do Estado no processo de consolidação das redes, por meio da formulação de políticas que tornem os sistemas de saúde mais acessíveis, integrais e resolutivos.

A regionalização na política de saúde brasileira

Conforme discutido anteriormente, as interfaces entre território e saúde se expressam de modo diferenciado nos contextos específicos de conformação e reformas dos sistemas de saúde. No Brasil, desde a década de 1930, as ideias associadas à regionalização estiveram ligadas ao debate internacional e, particularmente, à disseminação do modelo de centros de saúde distritais norte-americanos pela Fundação Rockefeller, focado nos conceitos de organização regional de serviços assistenciais. A concepção de coordenação e integração de unidades locais articuladas a um hospital foi incorporada a várias experiências de reordenamento e uniformização da prestação de serviços em âmbito municipal e regional.

Verifica-se, ainda, no período de 1940 a 1950, o fortalecimento do pensamento 'sanitarista desenvolvimentista' que vinculava as condições de saúde aos processos de desenvolvimento econômico e indicava que mudanças estruturais nas condições de vida das populações eram necessárias para superar as situações de atraso das regiões. O trabalho *Geografia da Fome*, conduzido por Josué de Castro e publicado originalmente em 1946, exemplifica essa vertente.

Partindo de premissas distintas, ideias desenvolvimentistas também podem ser identificadas na configuração do modelo de regulação trabalhista e previdenciário, de 1930 a 1970. Este condicionava o acesso da população assalariada urbana à assistência médica, segundo sua inserção formal ao mercado de trabalho e importância da categoria para o crescimento industrial e modernização da economia.

O debate entre saúde e desenvolvimento embasou a discussão sobre a reforma sanitária brasileira na década de 1970, mas perdeu força nos anos seguintes, confundindo-se com o discurso da municipalização nos anos 80 e 90. Apesar de presente nas iniciativas que antecederam o SUS e do papel estratégico da regionalização na configuração do sistema, a análise das políticas de saúde à época evidencia o descompasso entre os processos de descentralização e a questão regional (Viana & Lima, 2011). O tema da regionalização ganha relevo no cenário de implantação do SUS somente na virada dos anos 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) em 2001 (reformulada em 2002), e, mais recentemente, após a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006.

As razões para o privilegiamento da descentralização estão relacionadas ao contexto de redemocratização do Brasil a partir de 1980. A transferência de recursos, competências e responsabilidades para os governos subnacionais associou-se aos movimentos contra o regime militar e o autoritarismo e a favor da ampliação da democracia e maior eficiência governamental. Sem embargo, outros fatores devem ser considerados, como os citados a seguir. A agenda desenvolvimentista foi substituída pela busca de estabilização monetária nos anos 90, tendo sido possível adequar a descentralização aos projetos de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica, em um contexto de restrição fiscal e financeira (Noronha & Soares, 2001). Nesse contexto, as condições para um projeto de descentralização que garantisse o acesso universal e a atenção integral compatível com as necessidades

locorregionais não foram asseguradas. Em consequência, os resultados da descentralização brasileira na saúde são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais, refletindo diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos.

A geografia da fome

Josué de Castro, médico e professor, destaca-se como um importante intelectual adepto das concepções do sanitarismo desenvolvimentista. Seu livro *Geografia da Fome* contém um amplo estudo sobre a insegurança alimentar no Brasil (Castro, 1984). Ao contrário do pensamento corrente de sua época, que atribuía o atraso e a pobreza às origens climáticas e étnicas, ele afirmava serem tais estigmas causados por questões sociais, estruturas impostas à sociedade. Tomando como base a análise dos sistemas alimentares e as carências nutricionais, Josué de Castro dividiu o espaço brasileiro em cinco regiões: Amazônia; Nordeste açucareiro, que abrange somente o litoral; sertão nordestino; Centro-Oeste, ao qual foi incorporado o estado de Minas Gerais; e o Sul do país. Como se pode observar no mapa (Figura 1), ele procurou caracterizar em cada uma das regiões as formas típicas de carência nutricional, endêmicas e epidêmicas, de formas frustas e casos esporádicos.

Figura 1 – Mapa das principais carências existentes nas diferentes áreas alimentares do Brasil

K Formas frustas
W Formas típicas Casos esporádicos
Y Formas típicas Crises epidêmicas
Z Formas típicas endêmicas

Símbolos
Carências proteicas
Carências de cálcio sem manifestações de raquitismo
Carências de ferro – Anemias alimentares
Carências de cloreto de sódio
Carências de iodo – Bócio cretínico
Carências de vitamina A (hemeralopia xeroses, xeroftalmia e queratomalacia)
Carências de vitamina B1
Carências de vitamina B2 – Ariboflavinose
Carências de ácido nicotínico – Pelagra
Carências de vitamina C – Escorbuto
Carências de vitamina D – Raquitismo

Áreas
1 Amazônica
2 Nordeste açucareiro
3 Sertão nordestino
4 Centro-Oeste
5 Extremo sul

Fonte: Castro, 1984: 31.

O território também não se apresentou como objeto principal de análise e planejamento para as diferentes áreas de governo ao longo desse período, embora, na saúde, iniciativas esporádicas tenham se dirigido para regiões mais carentes (Viana *et al*., 2007). A fragilidade do planejamento regional comprometeu a adequação das estratégias de descentralização às múltiplas realidades brasileiras. Com isso, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionasse as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais visando à redução da iniquidade em diferentes planos.

Sem a face da regionalização, a descentralização acoplou-se ao desenho federativo brasileiro, desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo e acentuando as atribuições dos municípios na provisão de serviços. Em que pesem os resultados positivos do processo de municipalização – entre outros, a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à saúde e de novos atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor –, permanecem, ainda hoje, problemas relativos à intensa fragmentação e à desorganização de serviços, instituições e práticas no território. Além disso, as desigualdades regionais na distribuição e no acesso às ações e aos serviços de saúde são muito significativas no país.

A definição de 'região de saúde' aparece pela primeira vez na regulamentação do SUS com a publicação da Noas em 2000, que teve como principal objetivo a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde. A regionalização foi definida como a macroestratégia para o aprimoramento da descentralização, contemplando uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de 'sistemas funcionais de saúde'.

Para concretização de seus objetivos, a Noas propôs três grupos de estratégias articuladas: 1) elaboração do Plano Diretor de Regionalização; 2) fortalecimento das capacidades gestoras do SUS em âmbito municipal e estadual; 3) atualização dos critérios para a descentralização, vinculando-os ao processo de regionalização.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas): conceitos e instrumentos

A Noas estabeleceu uma série de conceitos, estratégias e instrumentos, tendo em vista o reforço do processo de regionalização da política de saúde. Muitos deles permanecem como parâmetros e informam o planejamento regional em saúde.

Região de saúde – Base territorial de planejamento, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde.

Sistemas funcionais de saúde – Redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e aos serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Município-polo – Município que, de acordo com a estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

Plano Diretor de Regionalização (PDR) – Fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio da organização dos territórios estaduais em

diferentes recortes; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com suas necessidades.

Plano Diretor de Investimentos (PDI) – Fundamenta-se na descrição dos investimentos necessários para a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de saúde visando à implantação do PDR e à suficiência tecnológica na oferta regional de serviços de saúde.

Programação Pactuada e Integrada (PPI) – Integra as ações e os serviços de assistência ambulatorial e hospitalar, conformando um instrumento para alocação dos recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre as três esferas de governo; define os limites financeiros de cada município, com explicitação das parcelas destinadas à assistência da população e às referências recebidas de outros municípios.

Fonte: Brasil, 2001, 2002.

A excessiva normatividade técnica e a rigidez para conformação de regiões de saúde na Noas, incluindo critérios mínimos para definição de recortes regionais em todo o território nacional (denominados 'módulos assistenciais'), comprometeram sua implantação. Além disso, muitos municípios e estados resistiram à revisão dos processos de descentralização segundo os novos critérios propostos, não tendo sido assegurados os investimentos federais de apoio à implantação dos Planos de Regionalização. Entretanto, ressalta-se a importância da Noas para a revalorização da lógica regional no setor (Souza, 2001). Proporcionou um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos estados e fortaleceu mecanismos de programação na saúde.

Para refletir

Mesmo com *status* diferenciado no âmbito da Noas, está implícita uma concepção de regionalização como implantação racional de recursos assistenciais. Tal concepção fortalece uma lógica endógena e restrita que dificulta a construção de políticas regionais mais amplas e articuladas entre si.

Partindo das concepções de Santos (1996) e Santos e Silveira (2001), apresentadas anteriormente, que emprego da noção de 'território usado' podemos fazer no planejamento em saúde? Será que uma cidade-dormitório, localizada na periferia de um centro metropolitano, apresenta questões específicas para a organização do sistema de saúde? Por que determinadas regiões não conseguem fixar seus profissionais, mesmo oferecendo salários diferenciados?

O Pacto pela Saúde, publicado em 2006, buscou fortalecer a negociação e a pactuação intergovernamental nos processos de organização político-territorial do SUS. Ele propôs a redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes gestores e a definição de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos no âmbito setorial (Brasil, 2006a, 2006b). Durante os anos de 2006 a 2010, vários documentos foram produzidos com o objetivo de detalhar algumas propostas e instrumentos operacionais do Pacto pela Saúde, bem como fornecer orientações para negociação intergovernamental e implantação de estratégias e políticas em áreas específicas.

No que concerne à regionalização, seus principais objetivos foram: 1) a garantia do acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcendessem à escala local/municipal; 2) a integra-

As proposições do Ministério da Saúde assumem a feição de compromissos pactuados reunidos em 14 cadernos da série Pactos pela Saúde, publicados até dezembro de 2010. Para saber um pouco mais sobre os dispositivos do Pacto pela Saúde, leia o capítulo 12 e consulte as informações disponíveis em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>.

lidade na atenção à saúde; 3) a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios; 4) a racionalização dos gastos e a otimização da aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e nos serviços de saúde de abrangência regional.

Com o pacto, procurou-se resgatar o conteúdo político da regionalização, por meio da diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro e do acordo estabelecido entre os entes federativos na política de saúde. O pacto enfatizou a importância da condução e adaptação estadual da regionalização, restringindo as determinações federais nesse processo, atualizou os instrumentos de planejamento da Noas (PDR, PDI e PPI) e ampliou a visão da regionalização para além da assistência à saúde (Brasil, 2006c).

O Pacto pela Saúde: alguns pressupostos para a regionalização

O pacto estabelece uma série de diretrizes para apoiar o processo de 'regionalização solidária e cooperativa' entre as diferentes esferas de governo na saúde. Entre os conceitos que norteiam a regionalização, destacam-se:

Regiões de saúde – "São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As regiões de saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das regiões de saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma 'regionalização viva'."

Territorialização – "Consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região."

Flexibilidade – "Consiste em respeitar as diversidades regionais próprias a um país de grandes dimensões, como o Brasil, no processo de identificação das regiões de saúde. A heterogeneidade territorial brasileira revela-se de muitas formas: nas especificidades estaduais e municipais, nas dinâmicas regionais distintas, e mesmo nas distribuições desiguais de serviços de saúde. Também é necessário que haja flexibilidade no reconhecimento das melhores conformações para as regiões de saúde, tendo em vista que podem ser compostas por municípios pertencentes a um ou mais de um estado; podem ser formadas dentro de um único município ou por diversas municipalidades e, ainda, por municípios de mais de um país, desde que situados em regiões de fronteiras."

Cooperação – "Deve caracterizar a ação conjunta entre as esferas de governo, entre gestores e entre as equipes técnicas no processo de implementação regional do SUS, por meio do partilhamento de experiências, do estabelecimento de ações de apoio ou na busca de soluções solidárias para as dificuldades enfrentadas em cada território."

Fonte: Brasil (2006c: 15-16, 23).

Propôs-se, ainda, o fortalecimento da cogestão por meio da implantação de instâncias colegiadas em regiões de saúde definidas nos PDR: os Colegiados de Gestão Regional (CGR) (Brasil, 2009). Formados por representação da Secretaria de Estado de Saúde (do nível central ou das estruturas regionais do estado) e pelos secretários municipais de Saúde em cada região, os CGR representaram a criação de um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental no plano regional.

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR)

Entre os resultados da pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS", destaca-se a conformação de uma tipologia nacional das regiões de saúde, que correspondiam aos limites territoriais (agregados municipais) dos CGR. O universo da pesquisa incluiu 397 CGR constituídos até janeiro de 2010, que agregavam 5.071 municípios e 173 milhões de habitantes (não foram incluídos os estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e parte do Piauí, que não haviam conformado CGR na época da realização do estudo). Verificou-se que as regiões conformadas pelos CGR possuíam, em média, 13 municípios e uma população de cerca de 34 mil habitantes. No entanto, há de se considerar a extrema diversidade na composição de municípios e porte populacional entre os CGR nos diferentes estados do país.

Os resultados completos da pesquisa podem ser obtidos em Viana e Lima (2011).

Em síntese, o Pacto pela Saúde representou uma inflexão nas relações federativas por enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental na política de saúde de forma ampla, com valorização das esferas estaduais e municipais e criação de novas instâncias regionais.

Como demonstram estudos recentes, diversos são os condicionantes da regionalização nos estados brasileiros. No período de 2007 a 2010, os estados encontravam-se em estágios diferenciados da regionalização, e distintos critérios (como, por exemplo, a abrangência populacional, a composição tecnológica dos equipamentos, o perfil dos profissionais, a oferta de serviços, o tempo e as distâncias a serem percorridas pelos usuários) e recortes (micro, meso e macrorregiões) informavam a organização territorial das ações e dos serviços de saúde (Quadro 1).

Condicionantes da regionalização nos estados brasileiros

O processo de regionalização desenvolvido nos estados brasileiros no período de 2007 a 2010 foi investigado em pesquisa recente (Viana & Lima, 2011). O modelo de análise construído no estudo infere que a regionalização é dependente do contexto e das regras mais gerais que informam a política (trajetória e institucionalidade da política social e da regionalização na saúde). Ela também é influenciada pelas características específicas da implementação no plano estadual (contextos, institucionalidade e governança da regionalização) e, ainda, pelos rumos ou pela direção que se deseja imprimir ao processo (direcionalidade definida em função das orientações, dos atores mobilizados, das estratégias e dos instrumentos desenvolvidos). No plano locorregional, destacam-se o perfil socioeconômico e as características da rede de serviços de saúde, as condições de financiamento público em saúde e a dinâmica das relações público-privadas na saúde.

Os resultados sugerem diferentes estágios da regionalização da saúde nos estados brasileiros. Para tanto, consideram-se duas categorias principais: a institucionalidade e a governança da regionalização (Quadro 2).

A institucionalidade está relacionada ao histórico, à robustez e ao conteúdo da regionalização; às estratégias de planejamento e regulação voltadas para coordenação de ações e serviços em âmbito regional; aos mecanismos de financiamento e ao papel da Secretaria de Estado de Saúde. A governança é função das relações estabelecidas entre os atores (sujeitos, governos e organizações) com influência na regionalização e do estabelecimento de um rumo para a consecução de metas e objetivos acordados.

Quadro 2 – Tipologias do processo de regionalização em saúde nos estados. Brasil – 2009

Governança	Institucionalidade		
	Avançada	Intermediária	Incipiente
Coordenada/cooperativa	SP, MG SE, CE PR MT	ES RS MS	
Cooperativa		AC PI, RN SC	AP
Coordenada/conflitiva		RO PE	
Conflitiva			AL
Indefinida		PA BA RJ GO	AM, RR PB

Fonte: Viana & Lima, 2011: 135.

A partir de dezembro de 2010, novas diretrizes para a regionalização do SUS foram formuladas, de modo a apoiar o processo de configuração de redes de atenção à saúde nos estados brasileiros. Entretanto, ainda que aprimoramentos nas relações intergovernamentais possam ser verificados ao longo do processo de implantação do SUS, as estratégias e os instrumentos propostos permanecem insuficientes para prover todos os avanços que se fazem necessários à regionalização.

Novas diretrizes para a regionalização do SUS

A portaria n. 4.279, de 2010 (Brasil, 2010), define as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade das redes de saúde, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para sua configuração. Além disso, estabelece outros elementos constitutivos para o funcionamento das redes.

Em 2011, o decreto presidencial n. 7.508, publicado em 28 de junho, que regulamenta a lei n. 8.080, de 1990 (Brasil, 2011), deu novo destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação: o mapa sanitário (que inclui a oferta pública e privada nas regiões), os contratos organizativos de ação pública (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões), os planos de saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as Comissões Intergestores (instâncias de governança regional das redes, incluindo as Comissões Intergestores Regionais em substituição aos CGR).

Você pode saber mais sobre as políticas de regionalização em curso a partir de dezembro de 2010 na página do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br>.

Em primeiro lugar, a regionalização apresenta inúmeros conflitos com a descentralização. Isso porque a primeira (a regionalização) tem natureza complementar; e a segunda (a descentralização) se constituiu de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas (os municípios). A regionalização, ao evocar maior responsabilidade das instâncias que atuam no plano estadual e regional (Secretaria de Estado de Saúde e suas representações regionais, Comissão Intergestores Bipartites e, atualmente, as Comissões Intergestores Regionais), e redefinir o papel dos municípios e de suas instâncias de representação – Conselhos de Representação Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) –, provoca a revisão de acordos desprovidos de racionalidade sistêmica estabelecidos durante a descentralização anterior, indo de encontro a interesses já acomodados durante esse processo.

Em segundo lugar, as instâncias de negociação federativa no plano regional, em processo de implantação, apresentam funcionamento irregular e incipiente em muitas regiões e, em geral, não possuem estrutura e recursos suficientes que permitam o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos. Por isso mesmo, faz-se necessário estimular a coordenação e a cooperação intergovernamental por meio de políticas que valorizem o planejamento, a regulação, o financiamento integrado de ações e serviços no plano regional.

Em terceiro lugar, cabe mencionar a fragilidade do modelo de intervenção federal no processo de regionalização. Percebe-se pouca valorização do planejamento nacional, que não se restringe à coordenação de um processo 'de base local e ascendente', visto que existem atributos próprios do planejamento em cada escala territorial. Falta avançar na configuração de propostas e investimentos que possam apoiar a conformação de sistemas regionais em diferentes recortes territoriais.

Problemas de ordem estrutural, como as desigualdades territoriais, dificilmente podem ser resolvidos somente pela ação articulada dos estados e municípios. As políticas setoriais, e particularmente a regionalização, só poderão ter viabilidade se integradas a políticas nacionais e estaduais de desenvolvimento regional de médio e longo prazos. Tais questões, destacadas anteriormente, apresentam-se como desafios para a regionalização do SUS e serão aprofundadas no próximo item.

Desafios para a regionalização da saúde no Brasil

O Brasil é um país que apresenta marcantes heterogeneidades histórico-estruturais, com forte expressão territorial, que influenciam a configuração do sistema de saúde. Sem a pretensão de esgotar o tema, este item explora dois grupos de desafios para a regionalização da saúde no país: 1) a diversidade e desigualdade regional e as diferentes lógicas de organização das ações e serviços de saúde no território; 2) a necessidade de consolidação de sistemas regionais considerando os diferentes recortes e dinâmicas territoriais, como as regiões metropolitanas, a Amazônia, as regiões de fronteiras, entre outras.

Diversidade e desigualdade territorial da atenção à saúde no SUS

Embora o SUS seja regido pelos mesmos princípios e diretrizes gerais, a forma como o sistema de atenção à saúde se materializa no território (incluindo as diferentes

regiões, estados e municípios brasileiros) varia significativamente. Vários fatores explicam a diversidade do SUS.

A abrangência e os tipos de ações desenvolvidos influenciam os modos de organização dos serviços de saúde no território. A assistência à saúde, por exemplo, pode ser realizada no âmbito ambulatorial e hospitalar, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e no espaço domiciliar. No caso da vigilância epidemiológica e sanitária, as ações envolvem outros ambientes de trabalho e convívio das pessoas, bem como da produção e circulação de bens, mercadorias e serviços. Um conjunto diversificado de profissionais, com formação e atribuições específicas em distintas áreas da saúde, bem como tecnologias de diferentes complexidades e custos, estão envolvidas na atenção à saúde. As ações também podem ser direcionadas tanto para o controle e atendimento de agravos (tuberculose, hanseníase, dengue, doença sexualmente transmissível, Aids, diabetes, hipertensão arterial, violência) e para determinados grupos populacionais (mulher, criança, idoso, gestante, indígenas) quanto para áreas da atenção à saúde selecionadas (assistência oncológica, saúde bucal, saúde mental).

Assim, diferentes lógicas para organização regional dos serviços de saúde podem ser observadas no SUS, sendo orientadas por vários critérios: os serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares de diversos tipos, domiciliares, urgência e emergência), níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidades), direcionalidade das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e modelos de prestação do cuidado à saúde (Estratégia Saúde da Família).

Existem tensões entre essas distintas lógicas de organização dos serviços que muitas vezes não se coadunam no território ou conformam redes específicas pouco articuladas entre si. Tais problemas expressam propostas de planejamento e financiamento conduzidas de forma fragmentada em uma mesma esfera de gestão ou, ainda, entre diferentes entes governamentais que possuem influência político-administrativa na região.

É preciso considerar, ainda, que a forma como foi moldada a descentralização no SUS permitiu que as regras nacionalmente construídas fossem adaptadas pelos gestores locais e estaduais, respeitando-se o processo de negociação nas Comissões Intergestores Bipartites. Diferentes acordos foram estabelecidos entre estados e municípios em relação à repartição sobre a responsabilidade de gestão das unidades prestadoras de serviços. A divisão de funções respeitou, em muitos casos, a densidade tecnológica dos estabelecimentos de saúde, a natureza dos serviços oferecidos (se ambulatoriais ou hospitalares) e sua abrangência (local, regional ou estadual).

A participação dos prestadores privados no SUS também é muito variável no território nacional, destacando-se sua preponderância na assistência hospitalar na maioria dos estados e capitais do país. As regiões Norte e Nordeste, no entanto, apresentam uma proporção mais expressiva de leitos públicos.

Por último, destaca-se que as modalidades de serviços que compõem o sistema de saúde não se distribuem uniformemente no país. Embora a maioria da população resida em grandes centros urbanos, mais de 90% dos municípios possuem pequeno ou médio porte populacional e não agregam demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção em seu território. Além disso, dispõem de limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas. Na maior parte das vezes, administram apenas estabelecimentos de atenção básica ou com baixa densidade tec-

nológica, e muitas regiões de saúde são planejadas abrangendo vários municípios. Por sua vez, a oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS é bastante concentrada no eixo Sudeste-Sul e em algumas capitais das demais regiões do país.

Para saber um pouco mais sobre as especificidades da federação brasileira, consulte o capítulo 12.

Portanto, a oferta de serviços de saúde no SUS é bastante desigual no território nacional. A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2009 (IBGE, 2009), registrou um total de 94.070 estabelecimentos de saúde no conjunto do país, um aumento de cerca de 22% em relação à pesquisa de 2005. Apesar desse aumento, persistem as desigualdades na distribuição espacial dos serviços de saúde, mais acentuadas no caso dos serviços hospitalares e de alta complexidade.

Ainda que não seja possível, nem desejável, a existência desses serviços em todos os municípios do país – em face da necessidade de economia de escala e de garantia de qualidade da atenção –, os dados indicam uma excessiva concentração de unidades de alta complexidade nas regiões Sudeste e Sul e em poucos municípios das demais regiões. Isso alerta para o risco de que a população residente em vastas áreas do país desprovidas desses serviços tenha maiores dificuldades de acesso a procedimentos de alta complexidade nos casos necessários.

A diversidade da lógica de organização dos serviços de saúde, bem como da natureza jurídica dos prestadores e do perfil das unidades de saúde distribuídos no território, traz enormes desafios para o planejamento em saúde, que visem à montagem de uma rede de atenção à saúde no SUS orientada para suprir as principais necessidades de saúde da população.

As dinâmicas territoriais e suas implicações para a saúde

O Brasil é um país imenso e territorialmente heterogêneo, que vem passando por importantes tranformações demográficas, econômicas e sociais nas últimas décadas. Tais mudanças repercutem nas dinâmicas territoriais, compreendidas como as distintas configurações e formas de uso do território pelo homem.

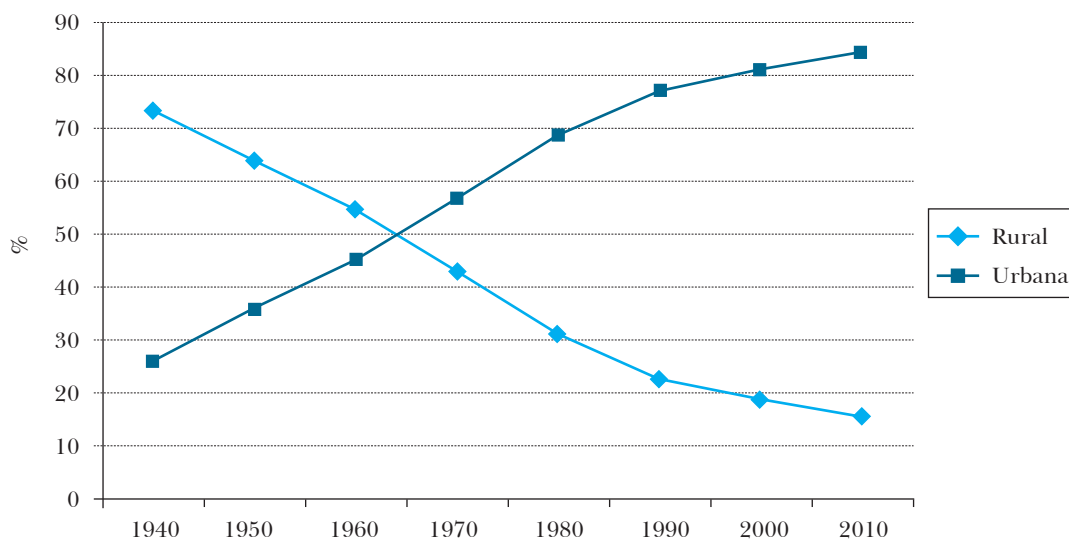
Uma transformação importante desde meados do século XX é a urbanização, cujo conceito está associado à concentração de muitas pessoas no espaço das cidades. O reconhecimento de um processo de urbanização se relaciona à constatação de um incremento da população urbana superior ao incremento da população rural.

Urbanização
Processo de concentração da população em cidades, relacionado a mudanças demográficas, econômicas, políticas e socioculturais (Santos, 2005).

No Brasil, a virada mais significativa na relação urbano-rural ocorre a partir da década de 1940: a parcela de população urbana salta de 31%, em 1940, para 58%, em 1970. Nas décadas seguintes, a proporção da população urbana continuou a aumentar, alcançando 84% da população brasileira em 2010, como mostra o Gráfico 1.

Para Santos (2005), a urbanização deve ser compreendida como processo, como forma e como conteúdo dessa forma. Além dos aspectos demográficos, a urbanização "deve ser analisada à luz dos subprocessos econômicos, políticos e socioculturais, assim como das realizações técnicas e das modalidades do uso do território nos vários momentos históricos" (Santos, 2005: 11).

No caso brasileiro, a urbanização expressou características do modelo de desenvolvimento hegemônico na história do país, concentrador de renda e gerador de desigualdades sociais. Além disso, esteve bastante associada à concentração da população em metrópoles e regiões metropolitanas, que atualmente compreendem cerca de 44% da população brasileira.

Gráfico 1 – Evolução do percentual da população urbana e rural. Brasil – 1940-2010

Fonte: Elaborado com base em dados dos censos demográficos do IBGE.

Ressalte-se ainda que, entre 2000 e 2010, segundo dados do IBGE (2010), houve um maior crescimento dos municípios com população entre 100 mil e 500 mil habitantes (taxa de crescimento médio anual de 2,05%), seguidos pelos municípios de mais de 500 mil habitantes (taxa média anual de 1,79%).

Dadas as quedas nas taxas de fecundidade e de mortalidade das últimas décadas, o crescimento populacional observado em muitos municípios é influenciado pelos movimentos de migração. O efeito desses movimentos é bastante heterogêneo no território nacional, atingindo de forma diferenciada municípios, estados e regiões.

Portanto, as dinâmicas territoriais no país são muito variadas. Observam-se, de um lado, regiões caracterizadas por intensa concentração da população, de atividades econômicas e de serviços sociais, como as regiões metropolitanas. De outro lado, há regiões de rarefeita densidade demográfica e baixo dinamismo econômico, cuja população apresenta tendência de estagnação ou mesmo redução devido aos fluxos migratórios para as cidades grandes e médias. Existem ainda regiões caracterizadas por dinâmicas singulares (situações geográficas), como a Amazônia Legal e as localidades de fronteira terrestre.

Situação geográfica

Refere-se às diferentes dinâmicas territoriais e à variedade de combinações, em cada lugar e região, de sistemas técnicos e de ações que constroem usos do território e dão sentido a eles. As situações resultam de um conjunto de forças, isto é, de um conjunto de eventos que se concretizam a partir dos usos do território e sintetizam a dinâmica dos lugares e regiões. Dessa forma, trata-se de uma categoria de análise do território usado que considera as heranças históricas e ajuda a compreender as dinâmicas futuras dos lugares e regiões. É uma tentativa de síntese sobre a relação da região com o mundo (Silveira, 1999).

As diferentes dinâmicas territoriais têm implicações para a saúde de várias formas, ao afetarem: o padrão de ocorrência de agravos e doenças na população; a configuração do sistema de saúde (distribuição e tipo dos serviços, composição público-privada) e a utilização dos serviços de saúde; as exigências em termos das políticas e dos programas de saúde e a efetividade de seus resultados.

Apesar disso, as dinâmicas territoriais vêm sendo pouco consideradas na formulação e implementação de políticas de saúde no Brasil. Essa lacuna tem mobilizado estudos sobre o tema, sendo interessante citar alguns exemplos de desafios apresentados pela literatura em relação às políticas de saúde em três tipos de regiões, relevantes no caso brasileiro: as regiões metropolitanas, a Amazônia Legal e a região de fronteira.

As regiões metropolitanas podem ser definidas como áreas formadas por uma grande cidade (denominada 'metrópole') e sua zona de influência adjacente, que envolve outras cidades. Tais regiões são densamente urbanizadas, constituídas por municípios que, independentemente de sua situação administrativa, fazem parte de uma mesma comunidade socioeconômica e cuja interdependência gera a necessidade de coordenação e realização de serviços de interesse comum (Ferreira, 1999). No Brasil, a definição legal das regiões metropolitanas cabe aos estados da federação, desde a Constituição de 1988 (Souza, 2003; Azevedo & Guia, 2004). Atualmente existem no país 36 regiões metropolitanas, de porte, dinâmica e peso econômico muito variáveis, onde residem cerca de 44% da população (IBGE, 2010). Há, ainda, três Regiões Integradas de Desenvolvimento (Rides), legalmente definidas, que somam mais de 5,5 milhões de habitantes e abrangem municípios conurbados, porém pertencentes a mais de uma unidade da federação.

Região metropolitana
Região densamente urbanizada, constituída por municípios que, independentemente de sua situação administrativa, fazem parte de uma mesma comunidade socioeconômica e cuja interdependência gera a necessidade de coordenação e realização de serviços de interesse comum (Ferreira, 1999).

Apesar de sua importância em termos populacionais e econômicos, as regiões metropolitanas não têm sido objeto específico de regulamentação da saúde. As peculiaridades de tais regiões – como a alta mobilidade populacional e a maior oferta e diversidade de serviços em determinadas áreas – trazem desafios para a organização do SUS. Ressalte-se, por exemplo, a necessidade de articulação entre os entes federativos – principalmente dos municípios entre si e destes com os estados – e de integração entre os serviços de saúde para a conformação de uma rede de atenção acessível e resolutiva. As políticas que envolvem adscrição de clientela de acordo com o local de residência – por exemplo, a Estratégia Saúde da Família – também precisam considerar a intensidade dos fluxos populacionais entre municípios, em função da interdependência nas esferas econômica, do trabalho e social (Machado & Lima, 2008).

A Amazônia Legal corresponde a cerca de 60% do território brasileiro, abrangendo nove estados (os sete da região Norte do país, o estado do Mato Grosso e parte do estado do Maranhão). Tal região é importante pela sua extensão e biodiversidade, compreendendo tanto áreas extensas de reservas florestais e indígenas como polos urbanos que concentram população e riqueza econômica. A dinâmica regional é marcada pela persistência do ciclo econômico pecuária-desflorestamento-madeireira, por conflitos sociais, grilagem de terras, extração ilegal da madeira e queimadas. A essas heranças se sobrepõe a implantação de uma agricultura capitalizada, principalmente de soja, destinada à exportação, e a prática de uma pecuária moderna de corte. Tal dinâmica muitas vezes desapropria populações, levando ao aumento das migrações intrarregionais e à ampliação das periferias das cidades (Becker, 2005; Santos & Silveira, 2001).

Além das atividades corporativas que ocupam diversas áreas e dos projetos ambientalistas que criam territórios de usos especiais, existem, na Amazônia Legal, outras dinâmicas territoriais, como: a área de fronteira internacional, que apresenta conflitos ligados a atividades ilícitas e imigrações ilegais; metrópoles, que atraem um grande contingente populacional e sofrem com o crescimento desordenado; os espaços opacos (Santos & Silveira, 2001), de baixo dinamismo econômico, sem atrativos aos projetos corporativos.

Alguns estudos procuraram analisar as especificidades da política de saúde para a Amazônia Legal (Viana *et al.*, 2007; Oliveira, 2005). Viana e colaboradores (2007) revelaram expressivas dificuldades na implementação de planos e estratégias específicos para aquela região. Além disso, os autores identificaram grande diversidade intrarregional, traduzida na existência de distintas situações geográficas que têm implicações diferenciadas para a organização do sistema de saúde.

Política de saúde para a Amazônia Legal: dificuldades e desafios de construção de uma política regional

Pesquisa realizada por Viana e colaboradores (2007) buscou analisar o esforço de construção de uma política federal de saúde para a Amazônia Legal de 2003 a 2005, visando a fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas regionais na saúde. A metodologia da investigação envolveu: análise documental, financeira e de dados, observação participante, entrevistas com dirigentes federais de vários ministérios, secretários estaduais e municipais de Saúde da Amazônia; caracterização de situações geográficas na Amazônia e estudos de campo em 15 municípios. Os resultados revelaram uma frágil institucionalidade da política de saúde para a Amazônia por dificuldades estruturais, institucionais e políticas. A pesquisa de campo e a análise de dados permitiram a identificação de seis situações geográficas na Amazônia Legal: usos corporativos do território, fronteira de difusão dos usos corporativos do território, usos conservacionistas, área de fronteiras internacionais, metropolização e espaços opacos. Cada uma dessas situações compreende diferenças nos usos do território que repercutem na saúde e devem ser consideradas na condução de políticas públicas. Observou-se, no entanto, distanciamento entre as ações federais e a dinâmica territorial, expressa no descolamento entre a política em curso e seu reconhecimento pelos gestores estaduais e locais. Os autores concluíram que, além da construção de uma política regional para a Amazônia, ficou evidente a necessidade de políticas de saúde diferenciadas dentro da região.

Já a faixa de fronteira internacional do Brasil é bastante extensa, com mais de 15 mil quilômetros, correspondendo a cerca de 27% do território. Além disso, é muito diversificada, abarcando três arcos – Norte, Central e Sul – e várias sub-regiões, com diferentes dinâmicas territoriais, a depender das características geoeconômicas, dos aspectos culturais e das interações transfronteiriças, considerando as relações com os países vizinhos e os fluxos populacionais (Brasil, 2005).

No que diz respeito à saúde, pesquisa realizada na fronteira do Brasil com os demais países do Mercosul ("Saúde nas Fronteiras") sugeriu que os fluxos transfronteiriços em busca de serviços de saúde foram intensos (Giovanella *et al.*, 2007). Identificou-se ainda que parte expressiva dos gestores municipais da saúde buscam estratégias locais de articulação com municípios de países vizinhos.

"Saúde nas Fronteiras": um estudo nas cidades de fronteiras com países do Mercosul

Uma ampla pesquisa conduzida por Giovanella e colaboradores (2007) analisou as condições de acesso e demandas por ações e serviços de saúde em cidades situadas nas fronteiras físicas do Mercosul. O estudo privilegiou as experiências e percepções de atores políticos, representantes governamentais nacionais, regionais e locais, quanto aos temas do acesso a serviços de saúde em regiões de fronteira, além da análise de dados primários e secundários. Os resultados referentes a um inquérito realizado com 67 secretários de Saúde de municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina revelaram que os fluxos transfronteiriços da população em busca do cuidado em saúde são importantes na região. Além disso, a investigação identificou diversas iniciativas de cooperação entre gestores locais brasileiros e estrangeiros em quase metade dos municípios estudados. Na visão das autoras, as experiências e iniciativas locais de articulação entre municípios poderiam orientar a formulação de diretrizes para situações de fronteira que possibilitassem a melhoria do acesso integral à atenção à saúde.

Os resultados da pesquisa "Saúde nas Fronteiras" estão também disponíveis no *site* da Ensp/Fiocruz (www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/index.php?secao=1).

Em síntese, em um país continental e territorialmente heterogêneo, a diversidade de situações geográficas existentes e de configuração do sistema de saúde – influenciadas por variáveis histórico-estruturais, econômicas, socioculturais e políticas – impõe imensos desafios aos processos de regionalização em saúde. Tais desafios precisam ser considerados na formulação de propostas e na implementação de estratégias de regionalização, visando à maior efetividade das políticas públicas de saúde.

Leituras recomendadas

BRANDÃO, C. *Território e Desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*. Campinas: Unicamp, 2007.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC: Opas, 2010.

PIQUET, R. P. S. & RIBEIRO, A. C. T. Tempos, ideias e lugares: o ensino do planejamento urbano e regional no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 10(1): 49-59, 2008.

SANTOS, M. *Da Totalidade ao Lugar*. São Paulo: EdUSP, 2008.

VIANA, A. L. D. & LIMA, L. D. (Orgs.) *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

Sites de interesse

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): www.bireme.br

Ministério da Saúde do Brasil: www.saude.gov.br

Observatório das Metrópoles: www.observatoriodasmetropoles.net

Organização Panamericana da Saúde: www.opas.org.br

Pesquisa Nacional de Avaliação das CIB: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/

Pesquisa Saúde nas Fronteiras: www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/index.php?secao=1

Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde: http://200.214.130.38/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

Referências

AZEVEDO, S. & GUIA, V. R. M. Os dilemas institucionais da gestão metropolitana no Brasil. *In*: RIBEIRO, L. C. Q. (Org.) *Metrópoles: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito*. São Paulo, Rio de Janeiro: Fundação Perseu Abramo, Fase, 2004.

BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W. & SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. *In*: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V. & VRANGBAEK, K. (Orgs.) *Decentralization in Health Care: strategies and outcomes*. Berkshire, UK: Open University Press, 2007.

BECKER, B. K. *et al*. Amazônia: desenvolvimento e soberania. *In*: REZENDE, F. & TAFNER, P. (Eds.) *Brasil: o estado de uma nação*. Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

BENKO, G. & LIPIETZ, A. *As Regiões ganhadoras. Distritos e redes: os novos paradigmas da geografia econômica*. Oeiras: Celta, 1994.

BOUDEVILLE, J. R. Desenvolvimento polarizado e planejamento regional. *Boletim de Geografia*, 32(237): 5-15, 1973.

BRANDÃO, C. *Território e Desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*. Campinas: Unicamp, 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 95, de 26 jan. 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/01. *Diário Oficial da União*, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no último acesso*. (Norma Operacional de Assistência à Saúde: Noas-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 fev. 2002 e regulamentação complementar.) Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. *Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira/Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais, Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 399, de 22 fev. 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 699, de 30 mar. 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da União*, 3 abr. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Série Pactos pela Saúde, v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intra-Estadual: orientações para organização e funcionamento*. Série Pactos pela Saúde, v. 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 30 dez. 2010.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 jun. 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 jun. 2011.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.) *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CASTILLO, R. Região competitiva e logística: expressões geográficas da produção e da circulação no período atual. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 4, 2008, Santa Cruz do Sul. *Anais*... Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2008.

CASTRO, J. *Geografia da Fome: o dilema brasileiro – pão ou aço*. Rio de Janeiro: Antares, 1984.

CORRÊA, R. L. *Trajetórias Geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

DINIZ, C. C. *A Questão Regional e as Políticas Governamentais no Brasil*. Belo Horizonte: Cedeplar/Face/UFMG, 2001. (Texto para discussão n. 59).

FERREIRA, A. B. de H. *Novo Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLEURY, S. & OUVERNEY, A. M. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FURTADO, Celso. *Introdução ao Desenvolvimento: enfoque histórico-estrutural*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GADELHA, C. A. G. *et al*. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. *In*: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. & IBAÑEZ, N. (Orgs.) *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo: Hucitec, 2009.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(Supl. 2): S251-S266, 2007.

INFORME DAWSON SOBRE EL FUTURO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y AFINES. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Organización Panamericana de la Salud, feb. 1964. (Publicación Científica, 93).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JORDANA, J. As comunidades autônomas e a política de descentralização na Espanha democrática. *In*: FLEURY, S. (Org.) *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

JUILLARD, E. A região: tentativa de definição. *Boletim Geográfico IBGE*, 185: 224-236, 1965.

KAYSER, B. A região como objeto de estudo da geografia. *In*: GEORGE, P. & KAISER, B. (Orgs.) *A Geografia Ativa* [1967]. São Paulo: Difel, 1975.

KUSCHNIR, R. & CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.307-2.316, 2010.

LA BLACHE, P. V. de. A geografia na escola primária. *Boletim Geográfico*, 1(1): 67-72, abr. 1943.

LABASSE, J. À procura de um quadro regional. *Boletim Geográfico*, 199: 19-23, 1960.

MENDES, E. V. *A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.297-2.305, 2010.

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 445-450, 2001.

OLIVEIRA, P. T. R. *O Sistema Único de Saúde, Descentralização e a Desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC: Opas, 2010.

PERROUX, F. *Pour une Philosophie du Nouveau Development*. Paris: Aubier, Presses de Unesco, 1981.

PIQUET, R. P. S. & RIBEIRO, A. C. T. Tempos, ideias e lugares: o ensino do planejamento urbano e regional no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 10(1): 49-59, 2008.

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. *In*: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R. & MOREIRA, R. (Orgs.) *Brasil, Século XXI: por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas*. São Paulo: Max Limonad, 2004.

SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3): 1.671-1.680, 2011.

SANTOS, M. A. *A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. A. *Urbanização Brasileira*. São Paulo: EdUSP, 2005.

SANTOS, M. A. *Da Totalidade ao Lugar*. São Paulo: EdUSP, 2008.

SANTOS, M. & SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. São Paulo: Record, 2001.

SILVEIRA, M. L. Uma situação geográfica: do método à metodologia. *Território*, IV(6): 21-28, jan./jun., 1999.

SILVEIRA, M. L. Região e globalização: pensando um esquema de análise. *Redes*, 15(1): 74-88, 2010.

SOUZA, C. Regiões metropolitanas: condicionantes do regime político. *Lua Nova*, 59: 137-159, 2003.

SOUZA, M. A. A. de. A explosão do território: falência da região? *Boletim de Geografia Teorética*, 22(43-44): 393-398, 1992.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 451-455, 2001.

VIANA, A. L. D. & LIMA, L. D. (Orgs.) *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D. *et al*. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(Supl. 2): S117-S131, 2007.

VIANA, A. L. D. *et al*. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 22(1): 92-106, 2008.

28. Participação Social

Sarah Escorel
Marcelo Rasga Moreira

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus pilares a participação da população, legalmente garantida, nos conselhos e conferências de Saúde, interferindo diretamente nas políticas de saúde de âmbito federal, estadual e municipal. Nesse sentido, o estudo da participação social é imprescindível para a compreensão das políticas e do sistema de saúde no Brasil.

No presente capítulo, apresentamos o significado do termo participação; o processo de construção da categoria participação social; a relação da participação social com as teorias sobre democracia; o desenvolvimento da participação social no Brasil e, mais especificamente, no setor saúde.

Participação social: buscando uma definição

Nos dicionários da língua portuguesa, 'participação', 'o ato ou efeito de participar', tem seu sentido vinculado a 'fazer saber', 'comunicar', 'associar-se pelo pensamento ou pelo sentimento', 'ter ponto em comum', 'ser parte' e 'ter ou tomar parte'.

A amplitude de significados situa a participação como intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições, em especial no que diz respeito às relações indivíduo/coletividade e ao papel mais ou menos ativo/passivo de quem participa. Proporciona, também, uma compreensão, que não exclui outras, na qual a participação, embora ocorra em situações díspares, caracteriza-se pela valorização de contatos, espaços e fóruns menos fechados, melhor compartilhados e, portanto, mais públicos.

"O termo **público** denota dois fenômenos intimamente correlatos, mas não perfeitamente idênticos. Significa, em primeiro lugar, que tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível. (...) Em segundo lugar, o termo público significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele" (Arendt, 1991: 59-62).

Por isso, as situações, os rumos, as formas, as possibilidades, as adesões, os vetos, as exclusões, os limites e as sanções à participação dos indivíduos são estruturados pelo contexto histórico e social. Localizada histórica e socialmente, participação constitui-se em uma relação que envolve uma tomada de decisão, por tênue que seja, na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – cultural, econômico ou político.

Os múltiplos significados da palavra 'participação' fazem com que essa categoria seja, necessariamente, ampla e geral. Isso significa que, ao menos no campo analítico, participação deve ser considerada como uma categoria polissêmica (com múltiplos sentidos e significados), que abriga diferentes nuanças, desdobramentos e estratificações, produzindo novas categorias que, articuladas, procuram abranger o maior número de aspectos possíveis das realidades a serem compreendidas e explicadas.

Exemplos dessa polissemia são as categorias 'participação social', 'participação popular' e 'participação comunitária', que, embora tendo uma mesma origem (a categoria guarda-chuva 'participação') e apresentando aspectos convergentes, guardam especificidades próprias, visto que procuram analisar diferentes realidades.

Uma tipologia da participação considera os espaços em que ela ocorre: dos mais micros, como o cotidiano das relações familiares, para, em movimento crescente, espraiar-se por outras instâncias e instituições até chegar a um patamar mais macro, no qual se pretende intervir nas leis e políticas que regulam a sociedade.

Microparticipação, a "associação voluntária de duas ou mais pessoas numa atividade comum na qual elas não pretendem unicamente tirar benefícios pessoais e imediatos" (Bordenave, 1983: 24), possui uma função instrumental, mas também pedagógica, na medida em que tem grande importância na formação de hábitos participativos que extrapolam a dimensão familiar.

Formados com tais hábitos, os sujeitos estariam mais habilitados a reproduzir em suas outras relações sociais uma prática de valorização do público e do coletivo. Essa característica é multiplicada à medida que indivíduos e grupos se inserem em instâncias que também valorizam a criação e o fomento de espaços públicos.

Paulo Freire foi um ardoroso defensor da escola como uma dessas instâncias, demonstrando que a relação participativa professor-aluno inspira novas práticas sociais marcadas pela construção conjunta de uma explicação crítico-reflexiva do mundo, na qual preponderam o respeito à diversidade, à valorização do coletivo via a autonomia cidadã do indivíduo e à superação de relações opressivas cristalizadas na sociedade capitalista. Instituições voltadas para a valorização do público e que incentivam a participação contribuiriam, assim, para a ampliação do capital social e a disseminação de uma cultura participativa.

Capital social

É um conjunto de características pessoais e sociais de cooperação e confiança que indivíduos e grupos portam e lhes garante relações, apoios e alianças vitais para a consecução de seus objetivos. Putnam (1996) considera o capital social como um elemento-chave para o desenvolvimento social e econômico.

Entretanto, a participação não pode ser naturalizada como algo positivo em si mesmo nem desvinculada das relações sociais, econômicas e políticas. Vários autores, além dos já mencionados, trabalharam e procuraram construir categorias para analisar as relações participativas, de acordo com suas diferentes práticas, campos do saber e abordagens teóricas: Valla (1998), Silva e Labra (2001), Reis (2002), Gerschman (2004), Coelho e Nobre (2004), Fleury e Lobato (2009), Labra (2009), Côrtes (2009a).

Participação como ferramenta gerencial

Donadone e Grun (2001: 123) mostram como a participação foi transformada em "uma ferramenta gerencial para o aumento da produtividade (...) e dos lucros". Nas décadas de 1970 e 1980, setores do movimento sindical brasileiro tentaram criar conselhos de fábrica que propiciassem a participação dos trabalhadores nas negociações voltadas para as relações trabalhistas, salários inclusive. Tais propostas não foram bem recebidas pelo empresariado, que transformou suas fábricas em instituições de desestímulo ao espaço público e à participação.

Na década seguinte, o empresariado mudou sua postura, passando a valorizar a participação. Segundo os autores, isso não ocorreu devido a um arejamento na mentalidade dos industriais, mas sim por causa de uma mudança que eles impuseram às práticas participativas. Estas foram orientadas no sentido de os operários desenvolverem rotinas de trabalho que tornassem a empresa mais competitiva, o que ficou conhecido como 'vestir a camisa', um conjunto amplo de atitudes que embutia até mesmo a ideia de que um operário deveria vigiar o trabalho do outro a fim de impedi-lo de fazer 'corpo mole'.

Apresentamos a seguir uma sistematização de alguns dos aspectos-chave que possibilitam o diálogo entre as distintas categorias que pretendem analisar a participação. Tal sistematização não tem a pretensão de ser um esquema determinista, fechado e definitivo. Entretanto, faz uma opção clara diante de uma questão fundamental: qual é o ponto de partida?

Para nós, o ponto de partida é o indivíduo buscando intervir na situação concreta e histórica em que vive construindo-se como sujeito social. A partir daí, procede-se a uma construção do tipo 'pergunta-resposta' na qual uma encadeia e articula a outra, sempre permitindo caminhos com diferentes mãos.

Essa abordagem metodológica visa a identificar o sujeito – individual e coletivo – que participa, assim como a analisar como ele participa e os condicionantes que influenciaram a decisão de participação. Tal sujeito participa em um determinado espaço (instância participativa) que se relaciona com a instituição na qual pretende interferir e influenciar, para modificá-la de forma a atender a seus interesses. Essa relação desenvolve-se no interior de uma dada cultura (ambiente participativo) que caracteriza e é caracterizada por um momento histórico numa sociedade específica.

Quem e como participa?

Trata-se de identificar, em uma determinada situação concreta e histórica, quem são os sujeitos que dela participam; se o fazem isoladamente ou em grupo, como sujeitos coletivos; e se participam diretamente ou por meio de representantes. Há que se compreender também em que medida esta participação é voluntária, condicionada, forçada e/ou compulsória.

Há diversos graus de intensidade de participação na esfera política – desde a simples adesão até a dedicação completa do próprio tempo e da própria atividade, como acontece no caso do profissionalismo político. Distinguem-se três formas ou níveis de participação (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991): 1) a 'presença', a forma menos intensa e mais marginal que engloba comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal; 2) a 'ativação', em que o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação permanente (envolvimento em campanhas eleitorais, participação em manifestação de protesto); 3) a 'participação', quando o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

É forçoso identificar aqueles que não participam e compreender o motivo desta não participação: pela participação dos primeiros, pela ausência de oportunidades, pelo desconhecimento das possibilidades de participação ou por desinteresse. Há também uma forma de não participação oriunda de decisões, passionais ou racionais, tomadas pelos sujeitos,

diferente das formas anteriormente referidas nas quais está presente a marginalização. No extremo, poder-se-ia dizer que a opção por não participar de uma situação é, em si, uma maneira de participar.

Qual o objetivo da participação?

Os sujeitos participam com o intuito de atingir objetivos mais ou menos precisos, fundados em um *mix* de motivações que transitam por propostas egoístas, individuais, solidárias e/ou coletivas. Tais objetivos visam à manutenção, ao aprimoramento, à reforma ou à transformação total da situação da qual os sujeitos participam.

Ao responder a esta pergunta, pode ser analisado se a participação assume um caráter instrumental, pragmático, altruísta ou orgânico, características estas que em certos momentos podem coexistir, interagir e, inclusive, fundir-se ou opor-se.

Quais os condicionantes da participação dos sujeitos?

A participação dos sujeitos está condicionada por uma série de fatores culturais – como idade (geração), sexo, camada social, grau e tipo de instrução – e psicossociais – como normas e valores. A socialização política, ou seja, a maneira pela qual os indivíduos desde a infância até a adolescência aprendem direitos, deveres e orientações políticas, assim como o caráter mais ou menos 'autoritário' das relações entre os indivíduos na sociedade civil, também condiciona a participação social (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991).

Dentre esses fatores condicionantes, as possibilidades de atingirem seus objetivos são preponderantes para que os sujeitos participem de uma determinada situação. Isto sugere que a decisão de participar advém de ponderações sobre os custos e benefícios desta participação. A ponderação não é, necessariamente, uma prática calculista e utilitarista: para determinados sujeitos, elementos simbólicos, como a esperança ('um futuro melhor') ou um ideal ('uma sociedade mais justa'), podem ter um peso maior em sua decisão de participar, mesmo com a certeza de que a participação será reprimida, inclusive com violência.

As possibilidades de os sujeitos alcançarem seus objetivos por meio da participação estão relacionadas a um conjunto de características comportamentais, como persistência, dedicação, disciplina, resiliência, organização, autocompreensão, coerência dos objetivos, (auto)crítica, reflexão... Contudo, as possibilidades não são dadas apenas pelos sujeitos, pois as instâncias em que a participação é exercida são fundamentais para as possibilidades de consecução de seus objetivos. Por sua vez, as instâncias de participação estão condicionadas pelo regime político da sociedade em que se inserem.

Qual o papel das instâncias participativas?

Instâncias participativas são os espaços cujo propósito é permitir que os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos. O papel das instâncias participativas é reunir estes sujeitos; definir estratégias para que objetivos contraditórios possam ser debatidos; submetê-los a um processo de escolha; e, definido o rumo a seguir, direcionar sua atuação para as instituições que regulam as relações existentes nas situações em que pretendem participar.

O papel dos espaços de participação está configurado por duas dimensões interligadas: uma mais imediata e pragmática, que congrega os esforços dos sujeitos diretamente interessados na situação; outra, mais ampla, multiplicadora e até mesmo conscientizadora, que compreende a construção e a difusão de uma cultura participativa promotora da interação com sujeitos que, mesmo não envolvidos com uma determinada situação, podem, de alguma maneira, contribuir para a realização dos objetivos.

A análise da dimensão de reunião dos sujeitos inclui aspectos ligados à organização, à democratização, à autonomia e à gestão da instância participativa – em especial os que se referem às regras de ingresso dos sujeitos interessados em participar –, às oportunidades que estes sujeitos têm de atuar e de deliberar – em particular o acesso à informação –, aos recursos voltados para a qualificação e a capacitação dos sujeitos, à sustentabilidade e à resolutividade.

Se o funcionamento da instância participativa não se restringe àqueles que já participam, mas amplia-se e torna-se mais permeável à inclusão de novos sujeitos e ao intercâmbio com outras instâncias participativas, a tendência é a formação de uma rede para a troca de experiências, valores e conceitos.

A construção e o pleno funcionamento de uma rede participativa encontram um contraponto nas instituições que são os alvos das ações das instâncias participativas. Na análise dessa relação, deve-se verificar em que medida há reconhecimento e legitimidade das instâncias participativas pelas instituições.

Qual o grau de reconhecimento e legitimidade que as instituições atribuem às instâncias participativas?

As instituições, com existência jurídica ou factual, são as responsáveis pela regulação das relações travadas nas situações para as quais se voltam os esforços da participação.

As instituições mais permeáveis à participação são aquelas que valorizam o espaço público e reconhecem a necessidade de que as relações sociais, econômicas e políticas sejam, pelo menos, mais debatidas. Elas conferem maior grau de reconhecimento e legitimidade às instâncias participativas, em processos múltiplos e, por vezes, contraditórios. É preciso, pois, analisar os elementos constituintes da relação entre instância participativa e instituição.

Quando a própria instituição gera o espaço de participação, é mais provável que este seja reconhecido e legitimado do que nos casos em que o fórum é fruto do movimento de sujeitos que discordam frontalmente de como a instituição regula determinadas situações. Entretanto, mesmo quando a instituição não criou e é até mesmo contrária à existência da instância participativa, pode ocorrer que esta tenha tal capacidade de organização e funcionamento que, ainda assim, consiga construir uma rede participativa e que a instituição não tenha outra alternativa a não ser reconhecê-la. Por outro lado, se estas capacidades não forem tão bem desenvolvidas, a reação à participação pode ser grande, gerando, inclusive, represálias e boicotes.

Quanto maior o grau de reconhecimento, maior o nível de institucionalização, ou seja, a incorporação oficial do debate sobre a situação e da participação que a ela se dirige. O reconhecimento e mesmo a institucionalização podem ser meramente formais, uma estratégia para esvaziar as instâncias participativas, uma forma mais sutil de lhes negar legitimidade, ou de conferir legitimidade à autoridade constituída e ao *status quo*.

Na institucionalização, o pressuposto subjacente é o reconhecimento recíproco por parte do Estado e da sociedade como interlocutores legítimos e com um mínimo de eficácia dialógica. No entanto, as formas institucionais de participação não instauram magicamente a igualdade de oportunidades de acesso ao poder nem eliminam as desigualdades de potência reivindicatória entre os segmentos sociais (Carvalho, 1995).

As instâncias participativas que contam com os instrumentos de pressão que melhor funcionam no contexto institucional têm maior probabilidade de serem contempladas pelas políticas públicas do que aquelas que, por serem dependentes da própria atuação para conseguir o mínimo indispensável à sua sobrevivência, agregam pouco poder de barganha institucional.

A oficialização das instâncias participativas, assim como seu reconhecimento jurídico e sua institucionalização, tendem a produzir regras mais claras de acesso, funcionamento e atribuição. Embora instâncias não oficializadas possam ter legitimidade social, os sujeitos terão mais dificuldades para atingir seus objetivos, uma vez que não há uma obrigação legal de reconhecê-los. De qualquer modo, as instituições têm sua atuação pautada pelo ambiente participativo que preside a sociedade.

Qual a influência do ambiente participativo?

O ambiente participativo, ou melhor, a cultura participativa, pode ser sintetizada na disseminação dos valores democráticos em uma determinada sociedade: quanto mais efetivos eles forem, maiores as possibilidades de os cidadãos pressionarem as instituições para serem mais permeáveis à participação e, por conseguinte, para legitimarem as instâncias participativas.

Analisar a existência e a importância da cultura participativa em uma dada sociedade ou em uma instituição não significa que chegamos ao final de um percurso, mas ao ponto mais social de um ciclo dialético que se amplia ou se restringe nos movimentos que faz em direção aos pontos mais individuais: o ambiente participativo é também construído por indivíduos que, em determinadas situações, direcionam seus objetivos para delas participar, transformando-se em sujeitos e recomeçando o ciclo.

Definidos os aspectos, atributos e características que devem nortear a construção de uma categoria analítica baseada na participação, e apoiados pelas definições de Bordenave (1983) e Gohn (2003), compreendemos participação social como um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão.

Para refletir

Elabore uma forma de interferir na política da sua instituição. Não se esqueça de definir o ponto de partida e de seguir a dinâmica participativa usando os atributos e as características expostas anteriormente.

Participação social e democracia

Para analisar a participação social, é preciso situá-la historicamente, buscando compreender as situações nas quais se pretende participar e contextualizá-la nas instâncias participativas e instituições existentes em uma determinada sociedade.

Neste tópico, propomo-nos a fazer este exercício analisando as relações entre democracia e participação social nas teorias liberais (clássica e contemporânea) e marxista, assim como os impasses atuais da democracia representativa.

A participação social é base constitutiva da democracia e, por conseguinte, o aperfeiçoamento e a ampliação de uma estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e à universalização da outra. O que torna a compreensão dessas relações uma tarefa complexa é que democracia, assim como participação, é uma categoria guarda-chuva, que comporta múltiplas e variadas definições. Deparamo-nos, desse modo, com a tarefa de construir conexões entre duas das ideias-força mais importantes do processo civilizatório, cuja defesa e implantação foram, são e continuarão sendo capazes de gerar utopias e guerras.

O campo de análise é, portanto, uma forma de governo (a democracia, ou o governo do povo e/ou de muitos) que ganha um adjetivo que a qualifica como participativa. Para Rousseau, a democracia é a liberdade entendida como participação direta na formação das leis através do corpo político cuja máxima expressão está na assembleia do povo. Mas o próprio Rousseau considerava que esse tipo de democracia, característica da Antiguidade, só era possível em nações pequenas.

Ao longo do século XIX, a hegemonia do pensamento liberal contribuiu para afirmar a ideia de que a democracia representativa ou parlamentar seria a única forma de democracia compatível com o Estado liberal (que reconhece e garante alguns direitos civis e políticos). Nele, as leis são elaboradas não por todo o povo reunido em assembleia, mas por um corpo de representantes eleitos pelos cidadãos portadores de direitos políticos (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991).

Na concepção liberal de democracia, a principal característica é a participação, por meio da representação, no poder político, o que exige o reconhecimento dos direitos fundamentais de liberdade. O desenvolvimento da democracia em regimes representativos ocorreu em duas direções: no alargamento gradual do direito de voto, até atingir o sufrágio universal, e na multiplicação de órgãos representativos, isto é, dos órgãos compostos de representantes eleitos.

No entanto, é importante ressaltar que a democracia confere a liberdade e o direito de participar, mas não necessariamente estabelece os mecanismos e os processos para tal. Até mesmo a multiplicação dos órgãos representativos decorre de pressões e demandas da sociedade, por isso uma democracia participativa exige uma cidadania ativa, pessoas e coletividades que participem.

Atualmente, existem poucas formas de democracia com participação direta dos cidadãos. O plebiscito e o referendo são duas dessas formas adotadas em muitos países. Afora estas duas, a mais comum são os mecanismos e procedimentos representativos, ou seja, o poder do cidadão é delegado ao representante escolhido pelo voto. Porém, tanto a democracia direta quanto a indireta descendem do mesmo princípio da soberania popular, apesar de se distinguirem pelas modalidades e pelas formas com que essa soberania é exercida (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991).

Robert Dahl associa diretamente participação e democracia, ao definir que a principal característica das sociedades democráticas é a de que seus governos devem ser:

> Inteiramente, ou quase inteiramente, responsivo[s] a todos os seus cidadãos (...) [que] devem ter oportunidades plenas: (1) de formular suas preferências; (2) de expressar suas preferências a seus concidadãos e ao governo através da ação individual ou coletiva; (3) de ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação decorrente do conteúdo ou da fonte da preferência. (Dahl, 1997: 26)

Sociedades poliárquicas são as que foram substancialmente popularizadas e liberalizadas, isto é, fortemente inclusivas e abertas à contestação política, mas que, em uma escala evolutiva, ainda não atingiram o grau máximo de democracia.

Para Dahl, não há, nas sociedades contemporâneas, assim como não houve nas passadas, alguma que tenha concretizado plenamente essas oportunidades. Por isso, trabalha com a ideia de poliarquia, categoria que tem como objetivo construir parâmetros para que se possam medir e comparar, a partir de experiências sociais concretas e existentes, as sociedades que mais se aproximam ou se afastam da democracia.

Esquematicamente, o ideal democrático de Dahl baseia-se em dois eixos: 'liberalização', a capacidade de uma sociedade de construir instituições que viabilizem a participação, individual ou coletiva, dos cidadãos; e 'inclusão', as possibilidades que os diferentes sujeitos, sobretudo aqueles que contestam o governo, têm de se utilizar dessas instituições para manifestarem suas opiniões. Na visão liberal contemporânea, parlamentos fortes são essenciais para a democracia: é esta fortaleza que permite, inclusive, a participação dos setores mais radicais da sociedade. As atenções voltam-se, então, para a necessidade da expansão e do fortalecimento dos processos eleitorais, com liberdade para a criação de partidos e a postulação de candidaturas (Dahl, 1997).

O **pensamento político liberal** que alicerçou as primeiras etapas do desenvolvimento capitalista, fundamentando-se nas premissas, dentre outros, de John Locke e Stuart Mill, considerava que a liberdade era a capacidade de os indivíduos otimizarem suas vontades, desde que não interferissem na liberdade de outrem. Dessas liberdades, a principal é a vinculada ao mercado e à competição pelo lucro, que necessita de um Estado paradoxalmente fraco para não intervir no mercado, que é autorregulável e, ao mesmo tempo, forte para impedir qualquer ameaça à liberdade do mercado.

No processo histórico, a representação nem sempre significou democracia, sobretudo nas câmaras de nobres constituídas pelos reis europeus ou naquelas nomeadas por governantes. A representação passou por uma evolução democrática que envolveu, além da ampliação do direito de voto para outras camadas sociais e para as mulheres, o estabelecimento da duração limitada do mandato, uma das características fundamentais dos parlamentos contemporâneos (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991).

Na concepção liberal de participação, portanto, participação social e democracia relacionam-se intrinsecamente com Estado e mercado. Contudo, a pressão dos trabalhadores configurou a ampliação da democracia para além das classes proprietárias e das liberdades econômicas, instaurando direitos políticos e, posteriormente, sociais.

Participação social pelo prisma da concepção liberal

Para Robert Dahl (1997), os caminhos da democratização passam primeiro pela consagração oficial das instituições e, consequentemente, pela definição clara das instâncias participativas às quais as instituições atribuem reconhecimento e legitimidade. Somente após percorrer esta etapa

histórica, que estabelece, também, um ambiente participativo, uma sociedade estaria preparada para lidar adequadamente com a variedade de objetivos dos sujeitos participantes, administrando, de maneira transparente, as diversidades.

A premissa básica é a de que os conflitos gerados pela diversidade de objetivos precisam ser institucionalizados, pois, se sua superação não for decidida por instituições plenamente aceitas pela sociedade como os fóruns adequados para regular as relações conflituosas, tendem a se expandir tanto que colocariam em risco a organização democrática da sociedade.

A ampliação dos sujeitos participantes sem a devida ampliação institucionalizadora teria como efeito negativo a não aceitação das instituições como fórum adequado. Assim, dificilmente o conflito seria dirimido dentro das regras do jogo democrático, abrindo espaço para o uso da força e o surgimento de ditaduras.

Para refletir

Considerando o grau de participação da sociedade nas instâncias que deliberam sobre as políticas públicas, como você definiria a democracia no país? Remetendo-se à concepção liberal contemporânea, você considera que o Brasil é uma sociedade poliárquica? Por quê?

Outras escolas de pensamento, assim como as experiências político-institucionais que de alguma forma nelas se inspiraram, também consideram crucial a participação social. No pensamento marxista, a Comuna de Paris, que durou apenas dois meses do ano de 1871, é considerada um exemplo de como a participação pode mudar os rumos de uma sociedade: diante do vazio de poder deixado pela fuga dos governantes franceses quando de um levante militar, o Comitê Central da Guarda Nacional de Paris, apoiado pelas classes trabalhadoras, realizou, em pouco mais de uma semana, uma eleição em que os parisienses escolheram seus representantes na Comuna, que acumulou as funções de Executivo e Legislativo.

Marx considerou a Comuna de Paris o embrião do que poderia vir a ser a organização política socialista, por não ser resultado de uma ação estatal planejada ou da liderança de um indivíduo e também porque os sujeitos que normalmente não tinham poder político participaram não só como eleitores, mas puderam ser votados e eleitos.

Os conselhos operários surgidos nas revoluções russas de 1905 e, sobretudo, de 1917 inspiraram-se na análise de Marx sobre a Comuna de Paris. Como órgãos do poder revolucionário, os *soviets* (palavra russa que significa 'conselho') caracterizaram-se por: 1) referirem-se a coletividades concretas – os operários ocupados nas diversas fábricas – que lhes determinam o corpo eleitoral e a composição; 2) sua formação estar baseada no princípio da delegação por parte de tais coletividades, em geral por meio de mandato imperativo e revogável; 3) fundir as funções legislativa e executiva (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991).

"Os *soviets* eram uma democracia autêntica (...) não tinham uma câmara alta e câmara baixa como a maioria das democracias ocidentais; prescindiam da burguesia profissional e neles os eleitores tinham o direito de destituir seus representantes a qualquer momento. Tinham suas bases na classe operária das fábricas, e a extensão de seu poder era de ser simplesmente um governo dos trabalhadores em embrião" (Trótski *apud* Bottomore, 1988: 77).

A proposta revolucionária, pelo menos em seus primeiros anos, considerava, assim como Marx, o Estado como uma superestrutura capitalista construída para manter a dominação de classes e visava a descentralizar o poder para os *soviets*, apostando numa radicalização da participação social. Na elaboração da Constituição soviética de 1917, o projeto original foi analisado em mais de 50.000 *soviets*, sendo que cerca de 322.000 deputados (representantes dos eleitores nos *soviets*) apresentaram algum tipo de proposta ou emenda.

"Todo o poder aos *soviets*", o famoso mote usado por Lênin e Trótski, pode ser lido, à luz da categoria participação social, como uma forma de transformar as instâncias participativas em instituições, buscando eliminar ou, pelo menos, reduzir as mediações entre os sujeitos, o ciclo de políticas e os bens sociais que estas produzem e distribuem.

Para Gramsci, os conselhos participativos (que, no caso da Itália, eram os 'conselhos de fábrica') não seriam somente uma organização para levar adiante a luta de classes, mas as bases de um novo tipo de Estado: a comunidade dos trabalhadores, na qual o sistema estatal seria uma federação de conselhos unificados.

Em outras palavras: os conselhos radicalizariam o espaço público, ampliariam a participação direta (democracia 'não delegada') e reduziriam (mas sem extinguir) a necessidade de representação, numa sequência em que o sujeito pode apresentar seus desejos e interesses, e direcionar, cada vez mais diretamente, com menos intermediários, seus objetivos aos responsáveis pelas políticas públicas.

Na Iugoslávia, após a Segunda Guerra Mundial, foi desenvolvido o sistema denominado 'autogestão', no qual, por meio dos conselhos operários, os trabalhadores exerceram diretamente um papel de direção tanto no sistema econômico como no político, na fábrica (com objetivos gerenciais) e no território.

A participação social seria a essência da sociedade socialista. Porém, a proposta marxista de dissolução do Estado como caminho para o comunismo não foi experimentada pela revolução soviética. De modo diverso, a proposta implementada por Stalin no contexto da Guerra Fria transformou o Estado soviético em uma instituição totalitária, reduzindo consideravelmente as instâncias participativas (*soviets*) e as possibilidades dos sujeitos de participarem diretamente do ciclo de políticas. Quando, no final do século XX, o sistema socialista desmoronou, a democracia instaurada nesses países significou, principalmente, a instituição do livre mercado em detrimento da participação social.

Guerra Fria

Nome recebido pelo contencioso entre os países capitalistas, liderados pelos EUA, e os países socialistas, liderados pela URSS, que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, e em que os dois blocos perpetuaram a 'guerra' ideológica sem disparar tiros, mas criando armas cada vez mais poderosas.

No início do século XXI, as democracias representativas defrontam-se com o desprestígio de seus ideais democráticos, que supõem cidadãos atentos à evolução da coisa pública, informados dos acontecimentos políticos, a par dos principais problemas, capazes de escolher entre as diversas alternativas apresentadas pelas forças políticas e fortemente interessados em formas diretas ou indiretas de participação. A forma mais comum e, para muitos a única, é a participação eleitoral.

Estudos feitos pelo Eurobarômetro demonstram que até mesmo em sociedades europeias, nas quais a história da valorização institucional foi mais forte, os processos eleitorais e parlamentares estão cada vez mais desacreditados. Os EUA também passam por tal situação, nítida nos momentos de eleição presidencial, que apresentam altas e crescentes taxas de abstencionismo, em especial das camadas que mais necessitam das políticas públicas. Em situações como estas verifica-se também a "patologia da representação" (Santos & Avritzer, 2002), em que os cidadãos sentem-se cada vez menos representados por aqueles que elegeram.

Eurobarômetro

É uma iniciativa da União Europeia que monitora a opinião pública dos países-membros sobre temas que lhe são afeitos, dentre os quais se destaca a preocupação com os ideais democráticos.

Consulte: <www.ec.europa.eu/public_opinion>.

Além disso, a militância em partidos políticos atinge uma faixa bem limitada da população e nem todos os inscritos participam ativamente. Também é baixa a inscrição em outras associações que exercem influência na vida política, como sindicatos, associações culturais, recreativas etc.

Nesse contexto de baixa intensidade participativa, movimentos sociais surgidos após 1968, em torno de características de identidade, sobretudo os que têm conseguido aglutinar o interesse de determinados segmentos da sociedade, chegam a suplantar, em alguns momentos, as formas mais tradicionais de representação.

Outras formas novas e menos pacíficas de participação, como as manifestações de protesto, marchas, ocupação de edifícios etc., são tão esporádicas que não levam quase nunca à criação de instrumentos organizativos, isto é, à institucionalização da participação (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991).

O desencanto com a democracia seria decorrente da proposta que se tornou hegemônica ao final das duas guerras mundiais – a democracia de baixo impacto – que implicou uma restrição das formas de participação e soberania ampliadas, em favor de um consenso em torno de um procedimento eleitoral para a formação de governos (Santos & Avritzer, 2002).

Democracia de baixo impacto

"O modelo de democracia liberal foi se impondo como modelo único e universal, e a sua consagração foi consumada pelo Banco Mundial e o FMI ao transformá-lo em condição política para a concessão de empréstimos e ajuda financeira. Com isso perdeu-se 'demodiversidade', entendida como a coexistência (pacífica ou conflituosa) de diferentes modelos e práticas democráticas" (Santos & Avritzer, 2002: 72).

No Brasil, a lenta e gradual redemocratização ocorrida ao longo da década de 1980 ampliou os direitos do cidadão, que passaram a ser constitucionalmente garantidos, inclusive como dever do Estado. No entanto, esses direitos, formalmente garantidos, não foram integralmente concretizados. Esta dissonância contribui sobremaneira para o desprestígio da democracia como possibilidade de saldar a dívida social acumulada durante séculos e ampliada durante a ditadura militar, mesmo em períodos com altas taxas de crescimento econômico.

O hiato entre a consolidação das instituições e as necessidades vividas pelos sujeitos em seu dia a dia, entre as possibilidades de eles participarem e o resultado das políticas públicas, entre o processo eleitoral e a garantia de direitos, demonstra a necessidade de introduzir novos eixos para a compreensão da democracia e de suas relações com a participação social.

Concepções alternativas ou contra-hegemônicas da democracia ou 'democracia de alto impacto' sustentam-se na

> possibilidade de inovação entendida como participação ampliada de atores sociais de diversos tipos em processos de tomada de decisão. Em geral, estes processos implicam a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, a redefinição de identidades e vínculos e o aumento da participação, especialmente em nível local. (Santos & Avritzer, 2002: 51)

Um novo eixo fundamentador da democracia seria, pois, a efetivação dos direitos do cidadão por meio da melhor organização das políticas sociais visando a uma distribuição equitativa dos bens públicos, à consolidação de instâncias de participação que promovam a

reforma democrática do Estado, ou seja, à orientação das políticas públicas para a promoção da justiça social, e à construção de uma nova gramática social mais inclusiva.

Para refletir
O reconhecimento e a ampliação das instâncias de democracia participativa podem resultar em conflitos com as instâncias de democracia representativa. Prefeitos e câmaras de vereadores eleitos por milhares ou mesmo milhões de eleitores podem questionar a legitimidade de decisões tomadas por representantes de segmentos sociais que não se submeteram ao sufrágio eleitoral. Reflita sobre as relações entre essas duas formas de participação e sobre as possibilidades de superação destes conflitos, em um processo de aprimoramento democrático.

Participação social no Brasil

A Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, a sétima do país e a sexta do período republicano, foi fruto de um processo de articulação das forças políticas e sociais que combateram, de diferentes maneiras, os grupos e classes que se beneficiaram do Estado autoritário instaurado pelo golpe militar de 1964. Denominada Constituição Cidadã, consagrou juridicamente o princípio de que os direitos dos cidadãos (saúde, educação, trabalho, terra, habitação, salário mínimo digno...) são deveres do Estado, que deve cumpri-los mediante a implantação de políticas públicas. Garantiu também a participação social por meio de algumas instâncias:

- Eleições diretas para presidente, governadores, prefeitos, senadores, deputados federais e estaduais e vereadores por meio de sufrágio universal direto, secreto – o voto tem igual valor para todos, sendo obrigatório para aqueles entre 18 e 70 anos, e opcional para os que têm entre 16 e 18 anos incompletos e os maiores de 70 anos. Em 2006, elegemos o presidente da República pela quinta vez consecutiva desde a promulgação da Constituição. Isso aconteceu pela primeira vez na história brasileira, pois o ciclo democrático iniciado em 1946 e interrompido em 1964 comportou apenas quatro eleições presidenciais. Em 2010 foi eleita Dilma Rousseff, a primeira mulher a ocupar a Presidência da República.

- Plebiscito – quando a população é chamada a decidir sobre algo que ainda não foi transformado em ato legal. Apesar de estar presente já na Constituição de 1946, só foram realizados dois plebiscitos no Brasil, ambos envolvendo a forma de governo: parlamentarismo *versus* presidencialismo. O primeiro, em 1963, esteve diretamente ligado ao golpe de 1964.

  Em 1961, a renúncia do presidente Jânio Quadros abriu vaga para que João Goulart, o vice-presidente (na época eleito em separado), assumisse o cargo. Contudo, as forças políticas ligadas ao empresariado e aos círculos militares, opositores das propostas trabalhistas e populistas defendidas por Jango, aceitaram sua posse desde que fosse implantado o parlamentarismo como forma de reduzir os poderes do presidente. No plebiscito de 1963, a população deliberou sobre a restauração do presidencialismo, o que descontentou esses segmentos que, pouco tempo depois, promoveriam o golpe militar, a derrubada de Goulart e a instauração da ditadura.

  O segundo plebiscito foi realizado em 1993, num contexto político de consolidação do regime democrático muito diferente do anterior. Nesse caso, tratou-se efetivamente de

um instrumento de consulta da população sobre o regime de governo (república ou monarquia) e sobre a forma de governo (presidencialista ou parlamentarista). Em vez de ser uma manobra para reduzir poderes do Executivo, a população foi chamada a decidir não só sobre assuntos a respeito dos quais os parlamentares constituintes não chegaram a um acordo, mas, principalmente, sobre assuntos que, por serem muito importantes, não cabia serem definidos apenas por meio da representação. A república presidencialista foi vitoriosa, por ampla margem de votos.

- Referendo – casos em que a população é chamada a decidir sobre a confirmação ou desaprovação de um ato legislativo. Em 2005, pela primeira vez, foi realizado um referendo no país, versando sobre um artigo do Estatuto do Desarmamento que legislava sobre a proibição do comércio de armas. A população manifestou-se votando pela não proibição da compra e venda de armas e munições.

- Iniciativa popular – situações em que 1% dos eleitores do país, distribuídos em pelo menos cinco estados da federação, encaminham projeto de lei ao Congresso Nacional, que tem de apreciá-lo. Este arranjo participativo foi estabelecido pelo artigo 14 da Constituição de 1988. Como exemplo, tem-se o projeto de iniciativa popular apresentado ao Congresso Nacional em 10 de agosto de 1999 (e aprovado em 21 e 23 de setembro, respectivamente, pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal) sobre a compra de votos de eleitores (corrupção eleitoral). Cinco dias depois da aprovação, foi estabelecida a lei n. 9.840, que prevê punição ao "candidato que doar, oferecer, prometer, ou entregar ao eleitor, com o fim de obter o voto, bem ou vantagem pessoal de qualquer natureza, inclusive emprego ou função pública, desde o registro da candidatura até o dia da eleição". A pena prevista é a cassação do mandato do eleito, além de multa.

A experiência participativa, além de recente, é pouco desenvolvida no Brasil. Tal constatação, embora preocupante, é alvissareira no sentido de que temos muito para aprofundar, e que este é um caminho para aperfeiçoar e fortalecer a nossa democracia.

Em termos participativos, podem-se destacar duas potencialidades de aprofundamento e inovação no cenário político nacional: o orçamento participativo, no qual os sujeitos se organizam para definir as prioridades de alocação de recursos; e os conselhos gestores, que representam a participação dos sujeitos em instâncias colegiadas com caráter deliberativo sobre determinados setores das políticas sociais, como os de saúde, criança e adolescente, educação.

Orçamento participativo

Criado em 1989, quando o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu a administração de Porto Alegre (RS), o orçamento participativo é uma inovação institucional que procura romper com a tradição autoritária e patrimonialista das políticas públicas, recorrendo à participação direta da população em diferentes fases da preparação e da execução orçamentária, com uma preocupação especial pela definição de prioridades para a distribuição dos recursos de investimento.

O orçamento participativo é uma estrutura e um processo de participação comunitária baseado em três grandes princípios e em um conjunto de instituições que funcionam como mecanismos ou canais de participação popular sustentada no processo de tomada das decisões do governo municipal.

Os princípios são: todos têm direito de participar; a participação é dirigida por uma combinação de regras da democracia direta e de democracia representativa, e realiza-se através de instituições

de funcionamento regular cujo regimento interno é determinado pelos participantes; os recursos de investimento são distribuídos de acordo com um método objetivo que combina 'critérios gerais' – critérios substantivos, estabelecidos pelas instituições participativas visando a definir prioridades – e 'critérios técnicos' – critérios de viabilidade técnica ou econômica, definidos pelo Executivo, e normas jurídicas federais, estaduais ou da própria cidade.

A estrutura institucional básica do orçamento participativo está constituída por três tipos de instituições: as unidades administrativas do Executivo municipal encarregado de gerir o debate orçamentário com os cidadãos; as organizações comunitárias, autônomas, geralmente de base regional, que fazem a mediação entre a participação dos cidadãos e a escolha das prioridades para as diferentes regiões da cidade; e as instituições de participação comunitária com funcionamento regular que estabelecem uma mediação e interação permanentes entre os dois primeiros tipos, a saber: Conselho do Plano do Governo e Orçamento ou Conselho do Orçamento Participativo (COP), Assembleias Plenárias Regionais, Fórum Regional do Orçamento, Assembleias Plenárias Temáticas e Fórum Temático do Orçamento.

O orçamento participativo foi adotado por outras cidades e conta com o reconhecimento dos organismos internacionais, embora estes estejam mais interessados nas suas virtudes técnicas (eficiência e eficácia na distribuição e utilização dos recursos) do que nas democráticas (a sustentabilidade de um sistema complexo de participação e de justiça distributiva).

O orçamento participativo tem sido um meio notável de promover a participação dos cidadãos em decisões que dizem respeito à justiça distributiva, à eficácia decisória e à responsabilidade do Executivo municipal e dos delegados eleitos pelas comunidades.

Fonte: Santos, 2002.

Quando iniciativas desse tipo encontram respaldo na gestão pública, conseguem atingir níveis mais elevados de participação social. Isso ocorre porque a gestão participativa permeia a instituição que gerencia (um órgão público, uma secretaria, um ministério, ou mesmo o Poder Executivo como um todo), reconhecendo legitimidade às instâncias participativas (conselhos de Saúde, comitês de orçamento, conselhos tutelares, comissões...) e garantindo o cumprimento de suas deliberações. Com isso, os sujeitos que participam compreendem seu poder, o mesmo acontecendo com os que não participaram. A participação social valoriza-se e cresce uma cultura participativa que se amplia para outros campos e setores em busca de uma rede participativa.

O tópico a seguir procura situar e analisar a participação social no setor saúde. A democratização do setor saúde preconizada pelo movimento sanitário (Escorel, 1999) ou da Reforma Sanitária tornou-se uma experiência modelar para outros países e, internamente, para outros setores. Foi consubstanciada em um "formidável sistema nacional de órgãos colegiados" (Carvalho, 1997: 93) que institucionalizou a participação da sociedade civil no processo de formação das políticas de saúde, numa cogestão social que se processa no interior do aparelho do Estado, configurando um verdadeiro sistema de *accountability* social no Brasil (Labra, 2009).

Accountability

Este conceito do campo da ética não encontra um correspondente preciso em português. Costuma ser traduzido por 'responsabilização' e significa uma obrigação moral de dar transparência às ações e de prestar contas. Dessa forma, os governantes sentem-se obrigados a prestar contas das ações realizadas, e os cidadãos os consideram responsáveis pelas consequências. É um 'instrumento' de controle do poder e um atributo que integra o controle social.

Participação social no setor saúde no Brasil

Uma breve perspectiva histórica

A participação da população em programas e ações de saúde não começou com o SUS. Nas décadas de 1970 e 1980, outros tipos de conselhos procuravam viabilizar a participação da população:

- conselhos comunitários – tinham como objetivo "servir de espaço de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais, numa renovação da tradicional relação clientelista entre Estado e sociedade";
- conselhos populares – criados pelos próprios movimentos sociais, cujas características eram "menor nível de formalização, não envolvimento institucional e a defesa da autonomia em relação ao Estado e partidos políticos";
- conselhos administrativos – "voltados para o gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviços, mas sem poder para influir no desenho das políticas públicas da área" (Tatagiba, 2002: 53-54).

Ao longo das últimas quatro décadas, houve uma mudança qualitativa na forma de participação. Na década de 1970, despontou sob a denominação de 'participação comunitária' em programas de extensão de cobertura preconizados pelas agências internacionais de saúde para a América Latina. Tais programas não só incentivavam o aproveitamento do trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias, mas também valorizavam a organização autônoma da comunidade como possibilidade de conseguir melhorias sociais (Carvalho, 1995).

Em contextos ditatoriais, como era o caso de muitos países da América Latina, inclusive o do Brasil, esses programas ou foram implementados mutilando a dimensão participativa ou utilizados por agentes e intencionalidades contestatórias do *status quo* político-sanitário, em busca da construção/divulgação de um projeto sanitário contra-hegemônico.

Num segundo momento, surgiu a proposta de 'participação popular', em que a categoria 'comunidade' foi substituída pela categoria 'povo', entendida como a parcela da população excluída ou subalternizada no seu acesso a bens e serviços. Essa proposta representou o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. A participação foi preconizada no conjunto da dinâmica social, e não, como anteriormente, em ações simplificadas no âmbito dos serviços. O lócus da participação deixou de ser o serviço de saúde e passou a ser o conjunto da sociedade e do Estado, ganhando novo objetivo – a democratização da saúde, ou seja, o acesso universal e igualitário aos serviços e também acesso ao poder. As experiências baseadas nesse referencial foram contemporâneas aos movimentos sociais urbanos e, assim como estes, marcadas pelo confronto com o Estado que era compreendido em sentido restrito como 'comitê de negócios da burguesia' (Carvalho, 1995).

Na década de 1990, ganhou força a categoria 'participação social', que deixou de se referir apenas à participação dos setores sociais excluídos e passou a reconhecer e a acolher a diversidade de interesses e projetos existentes. Por isso, a categoria central deixou de

ser 'comunidade' ou 'povo' e passou a ser a 'sociedade'. Em tal concepção, a participação como demagogia ou como pedagogia deu lugar à participação como cidadania, ou seja, à universalização dos direitos sociais e à ampliação do próprio conceito de cidadania, num novo referencial do caráter e do papel do Estado, analisado como "arena privilegiada de conflito político onde interesses contraditórios lutam por prevalecer sobre questões sociais importantes" (Oslak *apud* Carvalho, 1995: 26).

A participação social como elemento estruturante do sistema nacional de saúde esteve presente desde o início da proposta do movimento da Reforma Sanitária, que, já na década de 1970, compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura militar, pela democratização do poder público e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

A participação comunitária foi adotada em vários programas de extensão de cobertura sob influência da Conferência de Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata (1978) e estava prevista no natimorto Prev-Saúde, que, em 1980, pretendia articular, por meio dos serviços básicos de saúde, o Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Você pode conhecer mais sobre as políticas de saúde e iniciativas de participação social em saúde nos anos 80 consultando o capítulo 11, sobre a história das políticas de saúde no período.

Em 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS), implementadas por meio de convênios trilaterais entre Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e secretarias estaduais e municipais de Saúde, continham a diretriz da participação da população organizada nos colegiados de gestão: Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), no nível estadual, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Interinstitucional Local de Saúde (CLIS).

Posteriormente, a política de descentralização da previdência social conhecida como Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), desenvolvida pelo Inamps, em 1987, previa em suas diretrizes a participação de entidades comunitárias, sindicais e gremiais em instâncias consultivas (e não deliberativas) do seu processo de implementação. Como esta participação não foi regulamentada, gerou lacunas interpretativas sobre quem teria assento nesses colegiados como representantes da sociedade organizada.

Em 1986, no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ficou consubstanciada a proposta do movimento sanitário que propôs uma completa reformulação das políticas de saúde então vigentes no país com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para garantir o controle do novo sistema pelos usuários, a 8ª Conferência preconizou a criação, em nível municipal, estadual e regional, de conselhos de Saúde compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) que permitissem a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Além disso, propunha a reformulação da composição e da função do Conselho Nacional de Saúde.

Conselho Nacional de Saúde

Em 1937, no corpo da lei que instituiu uma nova organização do Ministério de Educação e Saúde, foram criados o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Educação (CNE) com a função de assistir o Ministério.

Durante trinta anos, o Conselho Nacional de Saúde teve um funcionamento irregular e inexpressivo, até que, em 1974, decreto presidencial atribuiu ao Conselho objetivos, funções e estrutura mais definidas, procurando compatibilizá-lo com o processo de modernização conservadora em andamento.

"O CNS é um órgão de consulta que deve examinar o que lhe for submetido pelo Ministério da Saúde bem como opinar sobre matéria que por força de lei tenha que ser submetida à sua apreciação." O perfil técnico e normativo do Conselho foi mantido. Era composto pelo ministro da Saúde, presidente nato, e quinze conselheiros, em um arranjo organizacional em que se verificam a ausência de representantes da sociedade, a proeminência da elite médica, a sobrerrepresentação de instituições militares e o exercício do papel de legitimador da política predominante.

Em 1976, o decreto que regulamentou a lei do Sistema Nacional de Saúde (6.229/75) definiu o Conselho Nacional de Saúde como uma espécie de coletivo de câmaras técnicas a quem competia examinar, propor soluções para problemas e elaborar normas encaminhadas para a apreciação do ministro de Estado. Duas portarias ministeriais, de 1977 e 1978, estabeleceram a estrutura técnica e administrativa do Conselho para seu funcionamento como órgão consultivo com atribuições normativas. Nessa ocasião, sua composição foi alterada: continuou sendo presidido pelo ministro da Saúde, mas passou a ser composto por 23 membros, dos quais seis representantes ministeriais; seis presidentes de câmaras técnicas; seis membros de instituições relacionadas com a saúde e com a segurança nacional; e cinco técnicos de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de interesse da saúde.

Entre 1970 e 1990, o Conselho teve pouca importância na formulação e no acompanhamento da política de saúde. Nesse período, outras instâncias de articulação ministerial foram criadas, como a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan). Após a 8ª Conferência, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária foi o espaço privilegiado de debate sobre o projeto de saúde para a Constituinte.

Em 1990, já sob a égide da nova Constituição brasileira e da criação do SUS, o decreto 99.438/90 configurou um novo Conselho Nacional de Saúde com ampla representação social, composto por 31 membros e com as seguintes atribuições e competências:

- deliberar sobre: formulação de estratégias e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal; critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;
- manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;
- decidir sobre: planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos conselhos estaduais de Saúde; divergências levantadas pelos conselhos estaduais e municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da saúde; credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisas em seres humanos;
- opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto;
- estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, municípios e Distrito Federal;
- aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;
- acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país;
- propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Entre 1990 e 1993 o Conselho Nacional de Saúde esteve no centro da arena política setorial, sendo o principal fórum em que foi travada "a disputa por ampliação de influência sobre os rumos da

política nacional". No entanto, com a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT), por iniciativa do próprio Conselho em 1991, este foi relegado a um segundo plano, na medida em que, a partir de 1993, os gestores priorizaram a CIT como espaço decisório e de coordenação federativa do SUS. Além disso, "a estratégia adotada pelos conselheiros provenientes de entidades sociais de restringir a influência dos representantes de entidades de mercado, de médicos e de gestores no processo decisório do Conselho" impulsionou-os a buscar outros espaços políticos para defender seus interesses e apresentar suas propostas. Assim, embora tivessem reduzida "sua influência no interior do fórum, continuaram a ocupar posições muito influentes na arena decisória setorial" (Côrtes, 2009a: 200-202).

Em 2002, o Conselho Nacional de Saúde tinha o ministro da Saúde como presidente nato e era composto por 32 conselheiros titulares: seis representantes do governo federal, dois representantes dos gestores estaduais e municipais cada. A categoria médica e outros profissionais de saúde, assim como os prestadores de serviços de saúde tinham três vagas cada, e os usuários ocupavam a metade das vagas (16).

O decreto n. 5.839, de 2006, promoveu nova reforma na composição do Conselho, que passou a contar com 48 conselheiros titulares e, pela primeira vez, a eleger seu presidente, sendo o primeiro representante do segmento dos trabalhadores da saúde que após dois mandatos foi substituído, em 2011, em eleição, pelo ministro da Saúde.

Os 48 conselheiros representam os seguintes segmentos: entidades e movimentos sociais de usuários do SUS (24); profissionais de saúde, incluída a comunidade científica (12); prestadores de serviço (2); entidades empresariais da área de saúde (2); e gestores federais (6), estaduais (1) e municipais (1).

Entre 1990 e 2006 as organizações de profissionais e trabalhadores de saúde passaram de 4 (um da categoria médica) para 12 (um da categoria médica); as associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais, de 2 para 6 conselheiros; e as entidades étnicas, de gênero e portadores de patologias, de 5 para 13 representantes. Portanto, em 2006, os representantes dos profissionais e trabalhadores de saúde e das entidades étnicas, de gênero e portadores de patologias detinham mais de 50% dos votos (25 dos 48) no Conselho. Além do maior número de conselheiros de organizações sociais, estes eram mais assíduos, coordenavam maior número de instâncias organizativas do Conselho e dos debates do plenário, se manifestavam com mais frequência durante as discussões e representavam mais vezes o Conselho em atividades externas (Côrtes *et al*., 2009a).

O Conselho Nacional de Saúde continua a desempenhar importante papel no contexto da política de saúde como instância de fiscalização, espaço de discussão pública de propostas e lócus de agregação de atores individuais e coletivos comprometidos com o controle social e com a defesa dos princípios fundamentais do SUS (Côrtes, 2009a).

No Relatório Final da 8ª CNS, os conselhos municipais despontam como órgãos ou 'instâncias participativas' externas ao poder público, de controle, pelos usuários, do sistema de saúde e de todas as etapas de seu ciclo de políticas. Também ficou explícito nessa conferência que a atuação dos conselhos de Saúde deveria se voltar para o enfrentamento dos interesses e das demandas do mercado, em especial as que, de maneira direta ou indireta, reduzissem e/ou interferissem no fluxo dos recursos públicos passíveis de serem alocados nas políticas sociais.

O documento sistematizou ainda as recomendações que se constituíram no projeto da Reforma Sanitária brasileira, levado à Assembleia Nacional Constituinte para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a saúde. Esses foram os referenciais com base nos quais os conselhos desenvolveram suas práticas iniciais e modelaram sua identidade política (Carvalho, 1997).

O movimento sanitário desenvolveu um processo de intensa articulação social, política e partidária, conseguindo que a Constituição Federal de 1988 estabelecesse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e formalizasse legalmente a organização das ações e serviços de saúde em um Sistema Único de Saúde, regido pelas diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade.

A regulamentação do SUS ficou a cargo de uma lei ordinária, de número 8.080, promulgada em setembro de 1990. Contudo, os artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento foram vetados pelo presidente Collor, exigindo um novo processo de mobilização e articulação, que redundou na lei 8.142, de dezembro de 1990.

A lei 8.142, além de praticamente reeditar o artigo sobre a participação da comunidade vetado na lei 8.080, relativo à obrigatoriedade da existência de conselhos municipais, estaduais e federal, ampliou a autonomia desses conselhos ao definir que suas normas de organização e funcionamento deveriam ser oficializadas por meio de regimentos internos específicos, cuja elaboração é atribuição dos próprios conselheiros (Carvalho, 1997).

Esta lei regulamentou a participação social no sistema de saúde por meio de duas instâncias colegiadas: as conferências e os conselhos, que apesar de não serem as únicas formas de participação no SUS, são as únicas obrigatórias para todo o país, instituindo um sistema de controle social.

Reforçando este caráter democrático e participativo, o setor saúde conforma um campo de intensa mobilização tanto do movimento social quanto do poder público. Além dos conselhos e conferências, a dinâmica de participação está representada pela atuação de diferentes entidades na política de saúde, entre os quais se destacam o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), os sindicatos e conselhos de profissionais de saúde e a Frente Parlamentar da Saúde.

Três instituições caracterizam a democracia sanitária no Brasil: conferências, conselhos e fundos de saúde. São também integrantes desta 'democracia sanitária' as Comissões Intergestores Bipartites e a Comissão Intergestores Tripartite, que são mecanismos de gestão participativa e colegiada; os conselhos gestores nos serviços de saúde; as ouvidorias; e as consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e outras instâncias do Ministério da Saúde.

Em 2005, todos os municípios brasileiros tinham criado seus conselhos municipais de Saúde, gerando um contingente de aproximadamente 70 mil conselheiros, dos quais cerca de 35 mil participam como representantes dos usuários do SUS, o que os torna a mais abrangente rede de instâncias participativas do país.

No âmbito do governo federal, o Ministério da Saúde procurou aperfeiçoar a gestão participativa do SUS, adotando uma série de estratégias e procedimentos. A mais importante foi a criação, em 2003, da então Secretaria de Gestão Participativa (SGP) – da qual Sergio Arouca foi o primeiro secretário –, transformada, em 2005, em Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

A SGP foi criada com a atribuição principal de apoiar instâncias como os conselhos e conferências de Saúde, que já estavam em funcionamento, como forma de efetivar a gestão participativa no SUS. A iniciativa trouxe repercussões, conflitos e estabeleceu um novo relacionamento entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais representados no

Controle social

Significa, na concepção da sociologia clássica, os mecanismos coercitivos que a sociedade e o Estado exercem sobre os indivíduos.

De modo diferente, no processo de formalização da participação social no setor saúde no Brasil, 'controle social' passou a expressar a possibilidade de a sociedade controlar o Estado por meio de instâncias participativas. Em 1990, quando a organização jurídica do país incorpora os conselhos de Saúde na estrutura decisória do SUS, controle social sofre uma nova inflexão, adquirindo também o caráter de fiscalização do manejo dos recursos públicos.

O arcabouço institucional e decisório do SUS com seus colegiados participativos é analisado no capítulo 12, com destaque para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional. Confira!

Conselho Nacional de Saúde. No momento de sua criação, em 2003, a Secretaria tinha em sua estrutura dois departamentos: Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária e Ouvidoria Geral do SUS.

Em julho de 2005, com a mudança do ministro da Saúde, a SGP foi reformulada passando a incorporar o componente estratégico: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Dois principais motivos justificaram a reestruturação da Secretaria: a crise com o Conselho Nacional de Saúde e a tentativa de aumentar seu âmbito de atuação. A SGEP passou, então, a ser composta por quatro departamentos: 1) Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa, que incorporou as atividades do extinto Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária, composto por duas Coordenações Gerais: de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social; 2) Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, cuja função é apoiar o monitoramento e a avaliação do SUS, a partir da elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; 3) Departamento Nacional de Auditoria do SUS, responsável pelas atividades de auditoria e fiscalização, como a coordenação e implantação do Sistema Nacional de Auditoria no SUS (SinaSUS); 4) Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, que foi mantido na SGEP.

Cabe à SGEP propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e controle social, especialmente os conselhos e as conferências de Saúde. Tem também a responsabilidade de ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários, por meio da Ouvidoria Geral do SUS.

A SGP foi concebida como um espaço dentro do Ministério da Saúde onde seria possível repensar a Reforma Sanitária e o SUS, em conjunto com os movimentos sociais brasileiros, proposta política abrangente, sustentada na simbologia e na legitimidade de Sergio Arouca. Com o passar do tempo, a ideia de a SGP ser um lócus de inteligência para o SUS foi se diluindo, e a definição dos aspectos programáticos e atribuições se direcionou para promover a equidade de grupos populacionais vulneráveis e para efetivar a gestão estratégica e participativa, por meio das ações de ouvidoria, auditoria, monitoramento e avaliação da gestão no SUS (Morais & Escorel, no prelo).

O principal produto da SGEP foi a elaboração da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), lançada oficialmente em outubro de 2007, após realização de consulta pública, aprovação e pactuação no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite.

A **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)**, promulgada pela portaria ministerial 3.207, de 26 de novembro de 2007, tem quatro componentes: Gestão Participativa e o Controle Social no SUS; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS; e Auditoria do SUS. O documento descreve ainda as atribuições e responsabilidades das esferas de gestão no âmbito da política.

A **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)**, como órgão responsável pela coordenação do ParticipaSUS, tem entre suas responsabilidades: apoiar os municípios, estados e Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes do ParticipaSUS; apoiar os conselhos estaduais e municipais de Saúde; apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS); promover, em parceria com o CNS, a realização das conferências nacionais de Saúde e colaborar na organização das conferências estaduais e municipais

de Saúde, oferecendo apoio técnico e financeiro. Cabe também à SGEP viabilizar administrativa e financeiramente a participação de conselheiros nacionais nas conferências nacionais de Saúde e na Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa estabelece a participação da SGEP no processo de educação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais, municipais e dos conselheiros de gestão participativa e a sua responsabilidade em disponibilizar o resultado de suas ações ao CNS.

A SGEP, entre diversas outras atribuições e responsabilidades, deve, ainda, apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas de saúde e das instâncias de controle social da saúde.

Fontes: Morais & Escorel, no prelo; Brasil, 2007.

Para refletir

Identifique em seu cotidiano formas de participação na política de saúde e reflita a respeito de suas potencialidades e de seus limites.

Conselhos de Saúde

A lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS por meio de conselhos de Saúde que devem existir em nível local, municipal, estadual e federal. Um conselho de Saúde é definido, na lei, como

> Órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço e usuários, [que] atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A lei 8.142 não estipulou a paridade exata entre os segmentos, que só foi proposta na resolução 33/1992, do Conselho Nacional de Saúde (mais tarde ratificada pela resolução 333, de 2003), e nas recomendações da 10ª e da 11ª conferências nacionais de Saúde. A paridade estabelece que 50% dos conselheiros devem ser representantes do segmento dos usuários, 25% dos trabalhadores de saúde e os demais 25% formados por gestores e prestadores de serviços.

Os conselhos de Saúde integram o conjunto de 'conselhos gestores' criados pela Constituição Federal e suas leis complementares para atuarem nas áreas da educação, da assistência social, da habitação, da criança e do adolescente e do emprego. Devido a seu papel de mediador da relação entre Estado e sociedade, os conselhos gestores foram a principal inovação nas políticas públicas no período pós-ditadura, tornando-se uma nova esfera social-pública (ou pública não estatal) e moldando um novo padrão para tais relações (Gohn, 2003).

Os conselhos conjugam características da democracia representativa e elementos da democracia direta, como o controle dos atos do conselheiro, diretamente ou por meio das entidades, e a revogabilidade do mandato (Labra, 2005).

Estudo realizado com 27 conselhos estaduais e distrital de Saúde e com 2.994 conselhos municipais de Saúde elaborou um perfil dessas instâncias participativas a partir das respostas mais frequentes ou, no mínimo, de metade dos conselhos (Quadro1).

Quadro 1 – Estrutura e características de conselhos de Saúde no Brasil – 2005

Características	Conselhos Estaduais de Saúde	Conselhos Municipais de Saúde
Período de criação	1990-1995	1991-1997
Número de conselheiros	20 ou mais	12
Cumprimento da paridade	Não	Não
Presidente	Secretário Estadual de Saúde	Gestores, em geral secretário municipal de Saúde
Escolha do presidente	Determinada pela norma legal	Eleição
Gênero do presidente	Masculino	Masculino
Idade do presidente	45 a 54 anos	40 a 49 anos
Escolaridade do presidente	Pós-graduação	Superior
Duração do mandato dos conselheiros	2 anos	2 anos
Reeleição dos conselheiros	1 vez	–
Regimento interno	Sim	Sim
Mesa diretora	Sim	Não
Secretaria executiva	Sim	Não
Equipe de apoio administrativo	Sim	Não
Comissões permanentes e grupos de trabalho	Sim	Não
Periodicidade das reuniões ordinárias	Mensais	Mensais
Divulgação das reuniões para a população	Sim	Sim
Participação da população nas reuniões	Direito a voz	Direito a voz
Cancelamento de reuniões por falta de quórum (2004)	Não	Não
Quórum para aprovação das deliberações	50% dos conselheiros + 1	50% dos conselheiros + 1
Homologação das resoluções	Sim	Não
Publicação das resoluções em D.O.	Sim	Não
Cumprimento das resoluções pelo Poder Executivo	Sim	Não
Participação na elaboração dos planos de saúde	Aprovação do plano elaborado pelo Poder Executivo	Elaboração e aprovação
Elaboração de plano de trabalho	Sim	Não
Dotação orçamentária própria	Sim	Não
Elaboração de seu orçamento	Não	Não
Autonomia para gerenciar os recursos disponíveis	Não	Não
Sede	Sim	Não
Telefone	Sim – exclusivo	Sim – compartilhado
Computador	Sim	Não
Acesso à Internet	Sim	Não

Fonte: Moreira & Escorel, 2005.

Os conselhos de Saúde, como espaço de poder, de conflito e de negociação, apresentam avanços consideráveis no que se refere à possibilidade de os cidadãos controlarem as ações governamentais, à mudança na forma de interferir – deslocando o clientelismo e fisiologismo tradicionais – e ao processo pedagógico de aprendizado do exercício do poder político.

Entretanto, enfrentam dificuldades e dilemas que acabam por incidir em sua legitimação e eficácia. Labra (2005) identifica que os maiores obstáculos são o autoritarismo social e as visões hierárquicas e excludentes da sociedade e da política. Mudar essa matriz cultural é o desafio mais relevante da democratização dos espaços públicos deliberativos e de diálogo entre o governo e a sociedade civil. Outro aspecto a considerar é a "necessária revisão da exequibilidade dos encargos conferidos aos colegiados", tendo em mente que "as resoluções dos Conselhos não constituem um ciclo completo das políticas, e sim fazem parte de processos de decisão-ação que ocorrem em outros âmbitos" (Labra, 2009: 200).

Conferências Nacionais de Saúde

A outra esfera pública de participação social no setor saúde, componente da 'democracia sanitária', está constituída pelas conferências nacionais de Saúde. A mesma lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que estabeleceu nova organização para o Ministério de Educação e Saúde, instituiu tanto os conselhos nacionais de Saúde e de Educação quanto as conferências nacionais de Saúde e a de Educação,

> destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o país, e a orientá-lo na execução nos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais.

Para conhecer o contexto político de realização das primeiras conferências de Saúde, consulte o capítulo 10.

O papel atribuído às conferências por ocasião de sua institucionalização foi o de promover o intercâmbio de informações e, por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros. Não há qualquer menção a processos deliberativos.

As duas primeiras conferências, em 1941 e 1950, estiveram mais próximas de um encontro técnico de administradores do Ministério da Saúde e dos estados (Cesaltina, 2003), no qual o projeto de Estado para a saúde ancorava-se, em grande parte, nos pontos de vista dos setores médicos. Treze anos após a realização da 2ª CNS, ocorreu, em dezembro de 1963, a 3ª CNS, sob a gestão do ministro Wilson Fadul, no governo João Goulart, época das reformas de base. Nessa conferência foi proposta a elaboração de um Plano Nacional de Saúde e a municipalização dos serviços de saúde. Mesmo tendo sido realizada em um momento político de intensa discussão sobre os rumos do país e com posições extremamente polarizadas, a 3ª CNS contou com um número relativamente reduzido de delegados, em sua maioria ocupantes de cargos governamentais.

Nos anos de ditadura militar foram realizadas quatro conferências que, progressivamente, foram ampliando o escopo do debate e a participação de pessoas, sem alterar o seu caráter eminentemente técnico-burocrático. A 4ª CNS, em 1967, tratou dos recursos humanos do setor saúde, contando com a participação de representantes do Ministério da Educação e Cultura; a 5ª CNS, em 1975, teve como tema central o Sistema Nacional de Saúde, debate do qual participaram também representantes do recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social. Em 1977, realizou-se a 6ª CNS, que discutiu a situação das

grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional do setor; e a 7ª CNS, realizada em 1980, teve como tema central a Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos, promovendo, pela primeira vez, o debate em torno da atenção básica de saúde. Embora quando da realização das 6ª e 7ª CNS o movimento sanitário já estivesse constituído e a transformação da abordagem teórica e política da saúde em curso, nenhuma entidade da sociedade civil participou dessas conferências (Escorel & Bloch, 2005).

A **8ª CNS** teve como temas: saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor, e suas deliberações alimentaram o intenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988. Para conhecer a importância das deliberações da 8ª CNS para conformação do SUS, consulte os capítulos 11 e 12.

A 8ª CNS, em 1986, foi o momento de inflexão dessa instância participativa que passou a contar com representantes dos movimentos sociais e da sociedade civil, além dos técnicos, governantes e profissionais de saúde. A 'Oitava' foi a grande matriz da Reforma Sanitária e teve como resultados práticos a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a inclusão dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária proposta pela conferência na nova Constituição brasileira.

Na lei 8.142/90 ficou estabelecido que a CNS seria realizada a cada quatro anos, "com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde".

A composição dos participantes das conferências nacionais de Saúde ficou vaga ('representação dos vários segmentos sociais') em comparação à dos conselhos de Saúde. Porém, a lei 8.142 estabeleceu que tanto nos conselhos de Saúde quanto nas conferências "a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos".

A norma legal estabeleceu um fluxo decisório e operacional no qual as conferências propõem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação de saúde, os conselhos formulam estratégias e controlam a execução das políticas, e as instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde) implementam as políticas e homologam as deliberações dos conselhos. Os elementos que integram esse fluxo decisório guardam entre si importantes diferenças tanto no número quanto na sua representatividade.

As conferências de Saúde e os conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho, de acordo com a lei 8.142/90. Os regimentos das conferências nacionais de Saúde são aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde antes da sua realização e devem constar do Manual da Conferência, enquanto o regulamento é submetido à aprovação do plenário da própria conferência no seu primeiro momento de funcionamento, após a cerimônia de abertura.

Após a sua regulamentação legal, foram realizadas a 9ª CNS (1992), a 10ª CNS (1996), a 11ª CNS (2000), a 12ª CNS (2003), a 13ª CNS (2007) e a 14ª CNS (2011). A partir da 9ª CNS os delegados passaram a ser 50% de entidades representativas dos usuários, e os restantes 50% divididos entre trabalhadores de saúde (25%) e gestores e prestadores (25%).

As conferências nacionais são precedidas por conferências municipais e estaduais ainda que nem sempre tenha sido estabelecido um fluxo ascendente de deliberações. Cada conferência apresentou uma composição específica que pode ser relacionada à conjuntura política de sua realização, assim como ao desenvolvimento do SUS.

Não tendo caráter deliberativo e funcionando mais como um mecanismo de ausculta da sociedade, os debates das conferências nem sempre se desdobraram em ações

do Executivo. Entretanto, é inegável a influência desses fóruns em processos como o da intensa municipalização a partir da 9ª CNS, ou o do crescimento da importância do controle social a partir dos conselhos de Saúde depois da 10ª CNS (Escorel & Bloch, 2005).

Cada conferência adotou uma forma de organização quanto ao número de temas gerais, mesas-redondas, seleção de temas específicos, número de dias de debate em grupos de trabalho, número de dias de plenária final. As dinâmicas têm por objetivo buscar estabelecer um clima democrático e pacífico de discussões entre os delegados, que passaram de cerca mil na 8ª CNS para cerca de 4 mil na 12ª CNS.

No processo da 13ª CNS, 4.413 municípios (79%), os 26 estados e o Distrito Federal mobilizaram nas etapas prévias 1,3 milhão de participantes. E o evento, em novembro de 2007, congregou 2.275 delegados estaduais, 352 nacionais, 336 convidados e 219 observadores (Escorel & Moreira, 2009). Intensas disputas marcaram a 12ª e a 13ª conferências e dificultaram a elaboração dos respectivos relatórios finais. Na medida em que o 'processo conferencista' depende da estrutura das relações sociais prevalecente no Conselho Nacional de Saúde (Escorel & Bloch, 2005), indaga-se o quanto essas dificuldades estariam associadas às disputas entre a nova comunidade de política da área, que passou a dominar a dinâmica de funcionamento e o processo decisório do Conselho, e o movimento sanitário, colocado em situação subordinada no Conselho, mas firmemente posicionado em outros espaços da arena decisória da área da saúde (Côrtez, 2009b).

Reunindo mais de 4.500 pessoas, sendo 2.937 delegados definidos em 4.537 conferências municipais e 27 estaduais, a 14ª CNS, realizada em novembro/dezembro de 2011, teve como tema central "Todos Usam o SUS: SUS na seguridade social! Política pública, patrimônio do povo brasileiro, acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS". Os debates mais candentes se concentraram nas críticas a todas as modalidades de privatização do sistema (organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público e outras parcerias público-privadas) (Radis, 2012).

A noção de **comunidade de política** refere-se a um número limitado e relativamente estável de membros que dividem os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial. Comunidades de políticas participam de redes de políticas, um meio de designar a relação entre grupos de interesse, especialistas e o governo ou seções do governo, envolvendo uma grande variedade de atores movendo-se para dentro e para fora das arenas políticas, com visões diferentes. (Côrtes, 2009a).

Espaço público por excelência, de manifestação de interesses divergentes e de conflitos consequentes às divergências, as regras de organização e funcionamento das conferências são essenciais para que a força dos argumentos e a construção de consenso constituam a base das políticas deliberadas.

As conferências nacionais de Saúde, desde a 8ª CNS, tiveram importância na construção e no aprimoramento do SUS, não só por interferirem nos seus rumos, na elaboração de normas e regulamentações e ao conferirem a legitimidade necessária para as políticas de saúde, mas também e principalmente por constituírem uma arena democrática de debate com influência em outras áreas governamentais que também realizaram suas conferências (meio ambiente, cidades etc.) (Escorel & Bloch, 2005).

Assim como os conselhos de Saúde, as conferências de Saúde constituem um avanço no processo de participação social, um sistema participativo com grande capilaridade, valor pedagógico e contribuições para a cultura democrática participativa. Por isso mesmo, também como os conselhos, enfrentam limites e desafios que devem ser analisados para sua possível superação.

Para refletir
Visite o Portal ParticipaNetSUS (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus) e, utilizando as ferramentas de pesquisa, identifique as principais características dos conselhos estaduais e municipais de Saúde. Reflita sobre os avanços e as dificuldades enfrentadas pelos conselhos.

Nos oito anos do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foram criados ou ampliados diversos canais de interlocução do Estado com os movimentos sociais – conferências, conselhos, ouvidorias, mesas de diálogo, mesas de negociação permanente, audiências públicas etc. – que configuram o embrião de um verdadeiro sistema nacional de democracia participativa. A partir de 2003, a Secretaria Geral da Presidência da República, que tradicionalmente é um órgão de assessoramento das articulações políticas do governo com o Congresso, ganhou formalmente a função de estabelecer uma estreita comunicação do governo com a sociedade civil organizada (Ipea, 2011). Essa secretaria coordenou o processo participativo do debate do Plano Plurianual (PPA 2004-2007) ocorrido em 2003, com a realização de audiências públicas descentralizadas.

Em 2011 existiam 61 conselhos de participação social assessorando as ações de todos os ministérios, dos quais 33 foram criados ou recriados (18), ou democratizados (15) desde 2003 (Ipea, 2011). Das oitenta conferências nacionais realizadas nos últimos vinte anos, setenta delas ocorreram a partir desse ano. A saúde foi o grupo temático que mais realizou conferências (21), nacionais ou de temas específicos da saúde como saúde bucal, saúde do trabalhador, saúde indígena, saúde mental, saúde ambiental. Vinte conferências abordaram o grupo temático 'minorias' englobando povos indígenas, juventude, direitos da criança e do adolescente, promoção da igualdade racial, direitos da pessoa com deficiência, direitos da pessoa idosa. Outras 22 conferências debateram temas agrupados em Estado, economia e desenvolvimento (economia solidária, agricultura e pesca, segurança alimentar e nutricional, cidades, arranjos produtivos locais) e 17 conferências abordaram temas relativos a educação, cultura, assistência social e esporte (Pogrebinschi & Santos, 2010).

Embora haja concordância sobre o fato de terem aumentado os espaços e processos participativos, os estudiosos discordam quanto ao seu significado. De acordo com Moroni (2009), foram abertos espaços de 'interlocução', incorporando sujeitos políticos, bons na mobilização e com capilaridade, porém não atores políticos ou sujeitos sociais, com envolvimento no processo de tomada de decisão. No seu entender, o processo de elaboração do PPA 2004-2007 foi "um verdadeiro espetáculo da participação", restrito, com discussões limitadas e incorporação de aspectos periféricos, sem mudar a lógica das políticas.

Por sua vez, Côrtez (2009b: 122) menciona estudos que comprovam que no setor saúde o impacto das conferências nas decisões políticas é pequeno, seja nos aspectos relacionados ao financiamento, seja na definição de prioridades. Em contrapartida, Pogrebinschi e Santos (2010)

identificaram que um quinto dos projetos de lei e quase metade das propostas de emenda constitucional que tramitavam no Congresso em outubro de 2009 apresentavam forte convergência com deliberações de alguma conferência.

Em estudo divulgado pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), *Entre Representação e Participação: as conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro*, Pogrebinschi e Santos (2010) analisaram oitenta conferências realizadas entre 1988 e 2009 e relacionaram as diretrizes traçadas em cada uma com as proposições legislativas no Congresso. Esse estudo, que objetivou investigar o **impacto do processo das conferências nacionais** na produção legislativa, concluiu, segundo o secretário nacional de Articulação Social, em depoimento a Bonone (2010), que as conferências têm se mostrado um bom instrumento de apoio às decisões legislativas. "A informação sobre os mais variados temas, a partir das conferências, acaba sendo de grande importância para os parlamentares brasileiros. Um percentual muito significativo [das diretrizes das conferências] teve uma relação direta com as emendas e projetos de lei", destacou o secretário.

A presidente da Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam) avalia que a quantidade de propostas deliberadas dificulta a efetivação da totalidade das resoluções das conferências, mas acredita que houve avanços significativos no período do governo Lula: "A política urbana só foi efetivamente para a pauta a partir da conferência construída junto com o Ministério das Cidades em 2003". Apesar de acreditar que questões centrais pautadas nas conferências ainda estão longe de ser resolvidas, a presidente da Conam considera que a Conferência das Cidades foi "um espaço importante de participação que fez avançar pautas que estavam travadas há muitos anos, como a criação do Fundo Nacional de Habitação e Interesse Social. Também têm a ver com o debate realizado nas conferências a Política Nacional de Saneamento Ambiental, a Lei dos Resíduos Sólidos e a revisão de planos diretores em diversas cidades brasileiras passarem a ser debatidos com participação da sociedade civil" (Bonone, 2010).

Para o presidente da União da Juventude Socialista (UJS), "a capacidade que as conferências têm tido de mobilizar a sociedade é a maior vitória delas". Ele acredita que "analisar as conferências pela forma como estão sendo aproveitadas as suas bandeiras é insuficiente, pois o que tem se constituído é o fortalecimento da participação da sociedade. A 1ª Conferência Nacional de Juventude, por exemplo, mobilizou 400 mil jovens debatendo não uma, mas várias propostas que afetam diretamente a vida da juventude". Embora as medidas consideradas prioritárias pela 1ª Conferência Nacional de Juventude (2008) não tenham sido materializadas – o Estatuto da Juventude e o Plano Nacional de Juventude –, "uma das principais funções das conferências é criar um novo canal de interferência da sociedade na elaboração e no acompanhamento da implementação de medidas de governo". O presidente da União de Negros pela Igualdade (Unegro) também valorizou as conferências pela mobilização da sociedade que promovem e, em sua opinião, as resoluções ajudam as medidas de governo a terem "consonância com os pleitos da sociedade civil" (Bonone, 2012). Entre as medidas implementadas como fruto do processo de debate da 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2005), o presidente da Unegro citou a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial.

Pogrebinschi e Santos verificaram que das 1.937 diretrizes das conferências analisadas foram gerados 2.808 projetos de lei e propostas de emendas constitucionais, ainda em trâmite à época da pesquisa. Além disso, identificaram outros 321 projetos de lei e emendas constitucionais aprovados, sendo 312 leis ordinárias ou complementares e nove emendas constitucionais, totalizando 3.129 proposições legislativas.

Fontes: Pogrebinschi & Santos (2010); Bonone (2010).

Perspectivas: avanços e desafios

No domínio da democracia participativa, mais do que em qualquer outro, a democracia é um princípio sem fim, e as tarefas da democratização só se sustentam quando elas próprias são definidas por processos democráticos cada vez mais exigentes.

(Santos & Avitzer, 2002: 75)

A participação social, conforme apresentamos neste capítulo, é o exercício da democracia no cotidiano, o que exige uma permanente reflexão sobre suas regras, limites e possibilidades. É, portanto, um processo de aprendizagem que se exerce no respeito às diferenças e na ampliação dos espaços de convivência e debate político.

A participação, ao mesmo tempo que é alimentada pela matriz cultural de uma sociedade, é também a possibilidade de transformar esta matriz. Este caráter dialético e subversivo gera resistências à sua ampliação em múltiplos espaços.

No momento em que as democracias representativas, por todo o mundo, enfrentam dificuldades e descrenças de seus ideais, a valorização de espaços participativos pode ser um caminho para o aprimoramento democrático, via incorporação de segmentos até então alijados da possibilidade de formularem e interferirem na execução das políticas públicas.

No entanto, as instâncias da democracia participativa não estão imunes aos problemas inerentes da democracia representativa: "Processos de intensificação democrática são combatidos frontalmente ou descaracterizados por via da cooptação por grupos sociais superincluídos ou da integração em contextos institucionais que lhes retiram o seu potencial democrático e de transformação das relações de poder" (Santos & Avritzer, 2002: 60).

Entre os desafios a serem enfrentados estão: reconstruir a arquitetura da participação, recuperando o papel político dos conselhos; resgatar o papel de mobilização social das conferências; respeitar a multiplicidade dos sujeitos políticos; agregar novos sujeitos políticos e reconhecer outras formas de organização; e recolocar a questão da reforma do Estado (Moroni, 2009).

O sistema colegiado de conferências e conselhos de Saúde constitui uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e do SUS e uma singularidade no contexto latino-americano. Os conselhos, apesar das dificuldades, têm, ainda que latente, o potencial para se afirmarem como instâncias que impulsionam a participação da sociedade organizada no ciclo de políticas públicas de saúde, contribuindo para a reforma da estrutura político-institucional do país.

O aprimoramento dos conselhos (e das conferências) de Saúde envolve aumentar a democratização (incluindo a qualidade da representação) e incrementar a efetividade. Seria a instalação de um ciclo virtuoso no qual o exercício da democracia deliberativa redundaria no aumento da efetividade dos conselhos, ou seja, na sua maior interferência no ciclo das políticas públicas, e sua democratização possibilitaria qualificar a representação, o debate deliberativo e, portanto, a sua intervenção (Escorel & Moreira, 2009).

Apesar dos problemas enfrentados pelo conjunto de órgãos colegiados e deliberativos para promover a participação, certamente vivemos uma experiência muito mais rica de aprendizado cívico e de tolerância, de negociação e de busca do bem comum, do que se

essa institucionalidade de democracia sanitária não existisse. A construção de uma sociedade democrática, mais justa, na qual a participação direta dos cidadãos sustenta as instâncias e instituições, é um desafio constante.

Leituras recomendadas

BORDENAVE, J. E. D. *O que É Participação*. São Paulo: Brasiliense, 1983. (Coleção Primeiros Passos, 95)

CARVALHO, A. I. de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase, Ibam, 1995.

CÔRTES, S. V. (Org.) *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DAHL, R. *Poliarquia*. São Paulo: Edusp, 1997.

LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, N. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SANTOS, B. de S. & AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. *In*: SANTOS, B. de S. (Org.) *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

Sites de interesse

Conselho Nacional de Saúde: http://conselho.saude.gov.br

Eurobarômetro: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm

Latinobarômetro: www.latinobarometro.org/latino/latinobarometro.jsp

Orçamento Participativo de Porto Alegre (RS): www2.portoalegre.rs.gov.br/op

ParticipaNetSUS: www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo

Secretaria de Articulação Social da Secretaria Geral da Presidência da República: www.secretariageral.gov.br/art_social

Referências

ARENDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora UnB, 1991.

BONONE, L. Iuperj revela: conferências geram medidas efetivas. *Soa Brasil: Sociedade dos Amigos da TV Brasil*, 20 abr. 2010. Disponível em: <http://amigosdatvbrasil.blogspot.co.uk/2010/04/iuperj-revela conferencias-geram.html>. Acesso em: ago. 2012.

BORDENAVE, J. E. D. *O que É Participação?* São Paulo: Brasiliense, 1983. (Coleção Primeiros Passos, 95)

BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Site*. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa*, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, A. I. de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase, Ibam, 1995.

CARVALHO, A. I. de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. *In*: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CESALTINA, A. Conferências: palco de conquistas democráticas. *Revista Conasems*, 2: 35-38, 2003.

COELHO, V. S. P. & NOBRE, M. (Orgs.) *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.

CÔRTES, S. V. (Org.) *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a.

CÔRTES, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. *In*: FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. (Orgs.) *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009b.

CÔRTES, S. V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde: construindo a possibilidade de participação dos usuários. *In*: *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CÔRTES, S. V. *et al*. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. *In*: CÔRTES, S. V. (Org.) *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DAHL, R. *Poliarquia*. São Paulo: Edusp, 1997.

DONADONE, J. C. & GRUN, R. Participar é Preciso! Mas de que maneira? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 16(47): 111-125, out. 2001.

ESCOREL, S. & BLOCH, R. A. de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, N. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S. & MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. *In*: FLEURY, S & LOBATO L. V. C. (Orgs.) *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FLEURY, S & LOBATO, L. V. C. (Orgs.) *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6): 1.670-1.681, dez. 2004.

GOHN, M. da G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção Questões da Nossa Época, 84).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). A construção da democracia participativa. *Desafios do Desenvolvimento*, 8(65): 18-33, 2011. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/17/edicoes/65/pdfs/rd65not02.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2011.

LABRA, E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, N. *et al*. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LABRA, E. Política nacional de participação em saúde: entre a utopia democrática no controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. *In*: FLEURY, S & LOBATO L. V. C. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MORAIS, J. L. & ESCOREL, S. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde: inovação e desafios institucionais, 2003 a 2007. *In*: MACHADO, C.V.; BATISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. (Orgs.) *Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 2000: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, no prelo.

MOREIRA, M. R. & ESCOREL, S. *Acompanhamento dos Conselhos de Saúde: cadastro dos CMS no Brasil*. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 2005.

MORONI, J. A. O direito à participação no governo Lula. *In*: FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. (Orgs.) *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. *In*: COELHO, V. S. P. & NOBRE, M. (Orgs.) *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.

POGREBINSCHI, T. & SANTOS, F. *Entre Representação e Participação: as conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro*. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro: Iuperj, 2010.

PUTNAM, R. D. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996.

RADIS Comunicação e Saúde, n. 115, p. 10-33, março de 2012. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/115/radis-115.pdf>. Acesso em: ago. 2012.

REIS, F. W. Democracia, igualdade e identidade. *In*: FUKS, M. & PERISSINOTO, R. M. (Orgs.) *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SANTOS, B. de S. Orçamento participativo em Porto Alegre: para uma democracia redistributiva. *In*: SANTOS, B. de S. (Org.) *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B. de S. & AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. *In*: SANTOS, B. de. S. (Org.) *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SILVA, I. F. da & LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1): 161-170, fev. 2001.

SILVA, M. K. *et al*. A dinâmica das relações sociais no Conselho Nacional de Saúde. *In*: CÔRTES, S. V. (Org.) *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. *In*: DAGNINO, E. (Org.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

VALLA, V. V. Participación social, derechos humanos y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares. *In*: BRICEÑO, L. R. *et al*. (Coords.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

29. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde

Francisco Eduardo de Campos
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
Soraya Almeida Belisário

A formação de profissionais de saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde. Essa importância reside no fato de o trabalho em saúde se basear, necessariamente, no elemento humano – ou seja, na sua capacidade de agir, refletir, colocar-se no lugar das pessoas que recebem seus cuidados e entender os determinantes do processo saúde-doença em seu dinamismo e sua complexidade.

É durante o seu período de formação que o futuro profissional adquirirá habilidades e conhecimentos básicos que o acompanharão por toda a vida, ainda que esse saber não possa ser, de forma alguma, considerado completo e acabado. Espera-se também que, nessa fase, o estudante desenvolva atitudes e valores condizentes com o bom exercício profissional.

Entretanto, o processo de formação de profissionais de saúde de nível universitário enfrenta problemas que causam impactos diretos e indiretos nos sistemas de saúde, tanto no Brasil como no exterior. Para discutirmos esses impactos, assim como as possibilidades de atenuá-los, é importante conhecermos esses problemas, quais os seus motivos e quão presentes eles se encontram nos cursos de graduação em saúde.

Este capítulo apresenta um breve retrospecto do desenvolvimento científico da saúde nos séculos XIX e XX, suas relações com o ensino profissional e os novos desafios surgidos desde então. Em seguida, descreve os problemas de maior relevância na formação em saúde na atualidade, tentando responder às perguntas formuladas, abordando algumas tentativas de superação desses problemas, presentes ou passadas, no panorama internacional e no Brasil.

É importante ressaltar que, em razão da complexidade e da vastidão do assunto, não é possível abordar, de forma individualizada, a formação de todas as categorias profissionais de saúde no país, que somam atualmente 14 profissões de nível universitário (medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, farmácia, veterinária, educação física, serviço social, ciências biológicas, biomedicina e nutrição). Devido à importância histórica da medicina para a área da saúde e com a discussão de seu processo formativo e a realização de estudos há mais tempo do que as demais, essa profissão adquiriu centralidade neste capítulo. Além disso, algumas características do modelo

flexneriano – referencial teórico que embasou o ensino da medicina científica – influenciaram a conformação do ensino das demais profissões de saúde, como se verá adiante.

A despeito de os diversos cursos da área da saúde terem historicamente momentos diferenciados de criação e regulamentação, a partir de 2001, com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação, eles passaram por um processo de reorganização de seus currículos – conteúdos, carga horária e atribuições, no sentido de atender a novas exigências do Ministério da Educação.

Ao apresentar um panorama dos 14 cursos considerados como da área da saúde no Brasil, por resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Haddad e colaboradores afirmam que as Diretrizes Curriculares Nacionais

> apontam a necessidade de os cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS, valorizando, também, os postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir formação contemporânea de acordo com referenciais nacionais e internacionais de qualidade. As DCN inovam ao estimularem a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, o que lhe garantirá conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e sua região. (Haddad *et al.*, 2010: 386)

As mudanças de paradigma e a formação em saúde

Antes de mais nada, é importante salientar que as profissões de saúde – da forma como as conhecemos hoje – são relativamente novas. Mesmo a medicina, considerada uma das profissões mais antigas do mundo, só passou a gozar de credibilidade popular a partir do século XIX, quando o método científico se tornou determinante das práticas de saúde. Nos séculos antecedentes, a medicina era uma profissão baseada no empirismo ou em superstições.

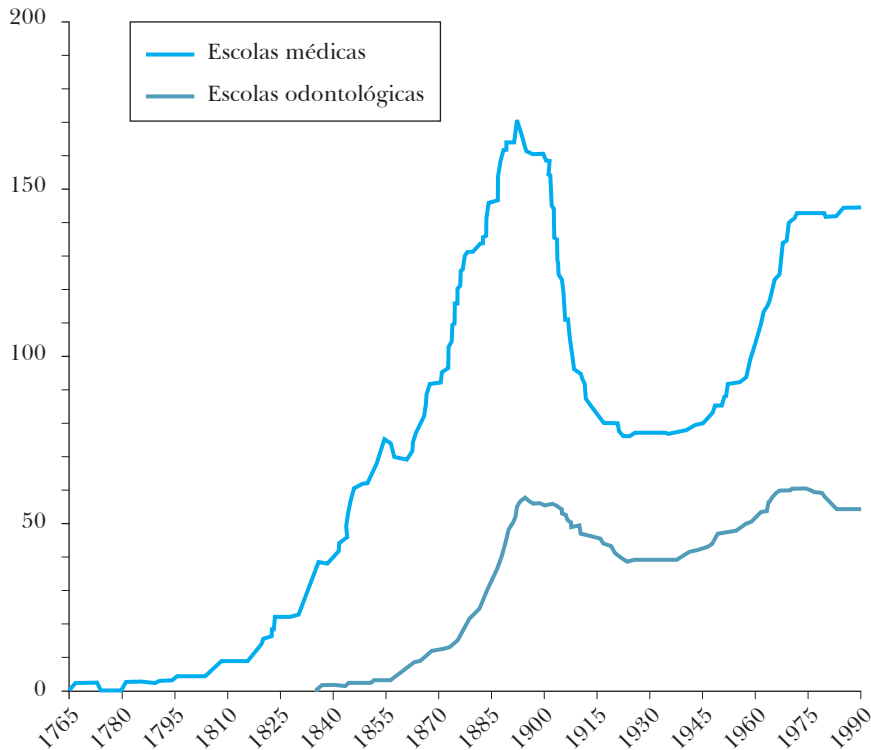
Esse casamento entre a saúde e a ciência foi fruto da euforia positivista daquela época, que assistiu a importantes descobertas, como a anestesia e a microbiologia. Esse estado de ânimo contribuiu para generalizar a impressão de que a ciência, mais cedo ou mais tarde, traria respostas objetivas para a maior parte dos problemas da humanidade. Contribuiu também para reforçar a ideia positivista de que esses problemas teriam sempre causas bem definidas – sendo, portanto, passíveis de intervenções cujo surgimento seria apenas uma questão de tempo.

Positivismo
Corrente de pensamento do século XIX que admite como única fonte de conhecimento e critério de verdade a experiência e os fatos positivos.
Advoga a descoberta de leis naturais e o seu domínio pela ciência, de forma a resolver os problemas do mundo e da vida.

Esse paradigma científico adentrou o século XX e ajudou, de fato, a melhorar as condições de saúde do homem em vários aspectos. E como seria de se esperar, a descoberta dos antibióticos, o desenvolvimento das vacinas, o conhecimento progressivo dos mecanismos fisiopatológicos de diversas doenças, o aprimoramento dos métodos de pesquisa e o desenvolvimento tecnológico de ferramentas diagnósticas tiveram também um impacto significativo na formação dos profissionais de saúde, sobretudo na medicina (Campos & Aguiar, 2002).

Paradigma
Conjunto de realizações científicas e teorias originais que definem, por algum tempo, os métodos de pesquisa e as soluções para os problemas em uma determinada área (Kuhn, 1991).

A influência positivista na educação médica pode ser demonstrada a partir do fechamento progressivo de várias escolas médicas nos Estados Unidos, cujos currículos não estavam em consonância com o novo paradigma, entre o fim do século XIX e as primeiras décadas do século XX. A diminuição do número de escolas médicas (e, de forma menos acentuada, de escolas de odontologia) pode ser observada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Número de escolas médicas e odontológicas. Estados Unidos – 1765-1999

Fonte: Adaptado de Ruef, 2002.

Esse processo coincidiu, em seu auge, com a publicação do chamado *Relatório Flexner* – documento redigido pelo educador americano Abraham Flexner, conhecido por normatizar as bases para um ensino médico calcado no método científico. As principais propostas desse documento para o desenvolvimento do ensino nas escolas de medicina são mostradas no Quadro 1 (o relatório pode ser encontrado, na íntegra, em inglês, no seguinte endereço: <archive.org/details/medicaleducation00flexiala>).

Devido à acentuada influência do paradigma flexneriano no ensino médico, é natural que a maior parte dos fatos e exemplos venha dessa área profissional.

A medicina foi e é alvo de ricas discussões sobre a reformulação do ensino, como mostra a própria reforma flexneriana.

Quadro 1 – *Relatório Flexner*: principais propostas para escolas de medicina

- Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;
- Introdução do ensino laboratorial;
- Estímulo à docência em tempo integral;
- Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- Vinculação das escolas médicas às universidades;
- Ênfase na pesquisa biológica;
- Vinculação da pesquisa ao ensino;
- Estímulo à especialização médica;
- Controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Como é possível observar, o ensino na área de saúde – não só na medicina, mas em praticamente todas as profissões nessa área – ainda se encontra profundamente influenciado pelas propostas de Flexner (a tal ponto de, nos dias atuais, tanto a medicina moderna como

o ensino médico moderno serem chamados de flexnerianos). Um exemplo dessa influência é a separação, da maioria dos cursos da área em saúde, em ciclo básico (inicial, composto por disciplinas básicas, geralmente biológicas) e ciclo profissional (com disciplinas voltadas para a prática).

As conquistas desse paradigma são inegáveis: muitas doenças que antes eram fatais tornaram-se passíveis de cura e prevenção por meio de vacinação e terapêuticas efetivas. Por esse motivo, o panorama de adoecimento e morte foi alterado radicalmente em vários países: as maiores causas de mortalidade no século XIX – doenças infecciosas como a tuberculose, o tifo, a difteria, a varíola, o tétano e a paralisia infantil – cederam espaço a novos problemas de saúde pública, como as doenças cardiovasculares, as neoplasias, a violência, os acidentes de trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis de forma geral. Esse fenômeno, conhecido como transição epidemiológica, ainda ocorre na maioria dos países – ainda que, naqueles em desenvolvimento, os novos problemas de saúde convivam com outros mais antigos e ressurjam antigas enfermidades.

Apesar de todas as conquistas, o paradigma flexneriano – como acontece com a maioria dos paradigmas – tornou-se limitado para responder aos novos problemas de saúde – o que não quer dizer que ele não tenha tido importância ou que não tenha cumprido o seu papel. Pelo contrário: foi justamente por cumpri-lo que o panorama de adoecimento e morte se alterou, exigindo a sua superação.

É importante salientar que os novos problemas de saúde, por serem radicalmente diferentes, exigem outras abordagens. Não se trata mais de buscar apenas a cura (*cure*), mas de desenvolver métodos que permitam o cuidado contínuo (*care*). Vários agravos de relevância na atualidade (como a diabetes e a hipertensão arterial) não têm a letalidade dos antigos problemas, mas também não são condições curáveis e podem causar incapacidade funcional em um grande número de pessoas de diversas faixas etárias. Essas doenças acabam por causar uma alta mortalidade por sua frequência, e não por sua letalidade.

Seria de se esperar que o ensino em saúde acompanhasse rapidamente todas essas mudanças. Veremos mais adiante, entretanto, que isso não ocorre de forma automática.

Ademais, o sucesso do paradigma flexneriano trouxe novos problemas. Entre eles, destacam-se dois importantes fenômenos: o desenvolvimento de um importante complexo médico-hospitalar – ou complexo industrial da saúde – e a chamada inflação médica.

Complexo médico-hospitalar

Setor da atividade econômica produtor de serviços, medicamentos, equipamentos e outros insumos.

No Brasil, a constituição do complexo industrial da saúde confunde-se com o próprio processo de industrialização do país, como discutido no capítulo 7. Consulte este capítulo para aprofundar o conceito de complexo industrial da saúde e conhecer sua conformação atual no Brasil.

Inflação médica

Aumento progressivo dos custos em saúde, de forma mais acelerada do que de outros setores, e que ocorre sem que haja melhoria dos resultados em saúde.

O primeiro fenômeno se refere à transformação das práticas de saúde e da produção de seus insumos em uma atividade econômica e industrial. A constituição de um complexo industrial da saúde está vinculada ao acelerado ritmo das descobertas científicas e ao potencial lucrativo de um setor que possui características peculiares e economicamente vantajosas, pois lida com um bem que não tem preço (a vida). Além disso, há uma grande elasticidade no consumo em saúde e, por fim, há um potencial de acumulação tecnológica (novas tecnologias, como a ressonância magnética, não substituem outras mais recentes, como a tomografia computadorizada, nem outras mais antigas, como os raios X e a ausculta). Esse incremento de opções contribui para o aumento dos custos – e do lucro – no setor saúde.

A industrialização da saúde nos leva ao segundo fenômeno, a inflação médica: o aumento crescente dos custos da assistência, que, aliado ao esgotamento do paradigma flexneriano, faz com que a saúde se torne um setor cada vez mais caro e progressivamente menos resolutivo. Além disso, a busca pelo lucro pode favorecer a expansão de procedimentos

médicos e outras atividades-meio sem que haja um real empenho pela resolução definitiva dos problemas de saúde relacionados – situação que, sem dúvida, contribuirá para a manutenção de doenças como fontes de renda e para o aumento progressivo dos custos do setor.

A resposta a esses problemas exige a adoção de um novo paradigma de cuidados à saúde, mais integral e resolutivo. Esse novo modelo – embora ainda não tenha todas as suas características bem definidas nessa fase de transição – deverá, obrigatoriamente, adotar uma concepção ampliada de saúde e reestruturar as organizações sanitárias existentes, de forma a atuar não só na cura, mas também na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na reabilitação de usuários. Esse modelo vem tomando forma desde a década de 1970, quando ocorreu a I Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, e a difusão da atenção primária à saúde. No Brasil vem sendo adotado através da chamada atenção básica – representada, sobretudo, pela Estratégia Saúde da Família.

Um grande desafio na formação em saúde no país é o preparo de médicos, dentistas e enfermeiros para o trabalho na **atenção primária à saúde** no país, em especial para a **Estratégia Saúde da Família**, que combina ações de assistência individual, de saúde coletiva e de promoção da saúde, prestando um cuidado integral a toda a comunidade.

Para refletir

A Declaração de Alma-Ata é um texto emblemático, que apresenta um novo modelo assistencial e também justifica e sintetiza a necessidade de transição entre um paradigma mais focado na cura de doenças e outro que enfatiza a sua prevenção e o desenvolvimento humano. Procure essa declaração na Internet. Após ler esse documento, tente responder às perguntas: o que deve mudar no seu curso de graduação para que nele se promovam as diretrizes da atenção primária? E como o ensino em saúde vem reagindo a essas mudanças?

A trajetória histórica das estratégias de atenção primária à saúde e sua implementação no Brasil são discutidas no capítulo 16. Consulte.

As próximas seções do capítulo analisam alguns problemas contemporâneos na formação de recursos humanos em saúde. Preferimos agrupá-los em duas grandes áreas de problemas de relevância estratégica para a formação de saúde: defasagem entre ensino e realidade e aspectos pedagógicos. Um terceiro problema – a expansão do ensino privado – será discutido com base na análise da situação atual dos cursos de graduação em saúde no Brasil.

Problemas na formação em saúde: defasagem entre ensino e realidade

Um importante problema na formação dos profissionais de saúde – quiçá o maior deles – é a defasagem entre 'o que se ensina' nos cursos de graduação em saúde e 'a realidade observada' no cotidiano dos serviços de saúde, ou no seio das comunidades.

Por mais que se possa pensar em uma ligação natural entre o mundo acadêmico e os serviços de saúde, tal defasagem não ocorre de forma espontânea. O problema se torna ainda mais complexo em razão da defasagem em outra relação: a que ocorre entre os serviços de saúde e o mundo real, pois nem sempre os problemas que ocorrem em uma comunidade aparecem espontaneamente nos serviços, ou na mesma intensidade e proporção com que afetam as pessoas em suas moradias (Campos, 1997). Podemos ilustrar essa imbricada relação com uma analogia (Figura 1).

Como se vê no esquema, o mundo real, de acordo com suas necessidades, formula demandas aos sistemas de saúde. Estes, por sua vez, alteram-nas segundo suas próprias visões e experiências, transmitindo-as às escolas, que, baseando-se nas suas próprias concepções, tentam apresentar respostas aos serviços e às comunidades.

Portanto, as demandas e respostas produzidas são, na verdade, baseadas nas imagens que umas instituições têm das outras, ou dos problemas que as outras enfrentam. Imaginemos, agora, um sistema de lentes interposto entre esses três mundos (Figura 2).

Figura 1 – Esquema de inter-relações entre formação em saúde, serviços de saúde e necessidades de saúde

Demanda
Demanda
Resposta
Resposta
Realidade de saúde
Serviços de saúde
Escolas de saúde

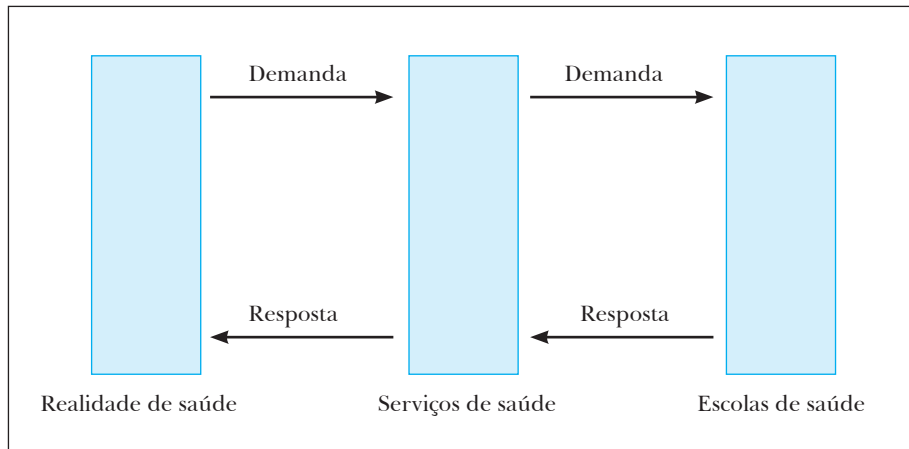
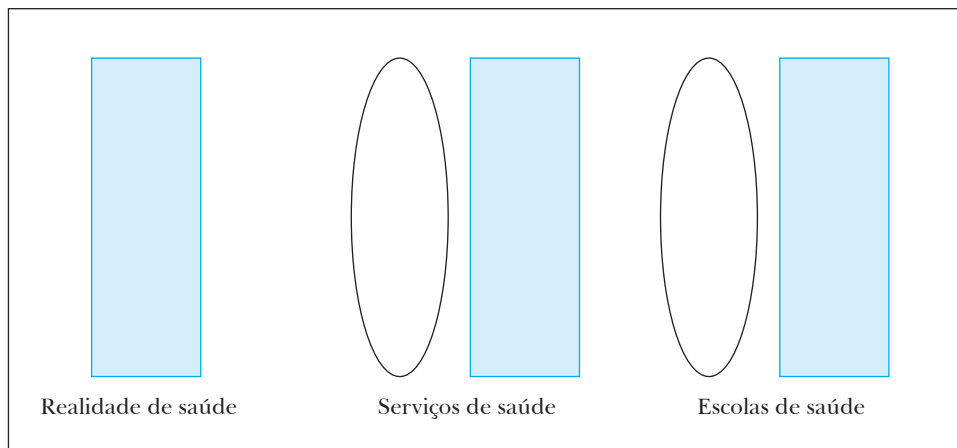
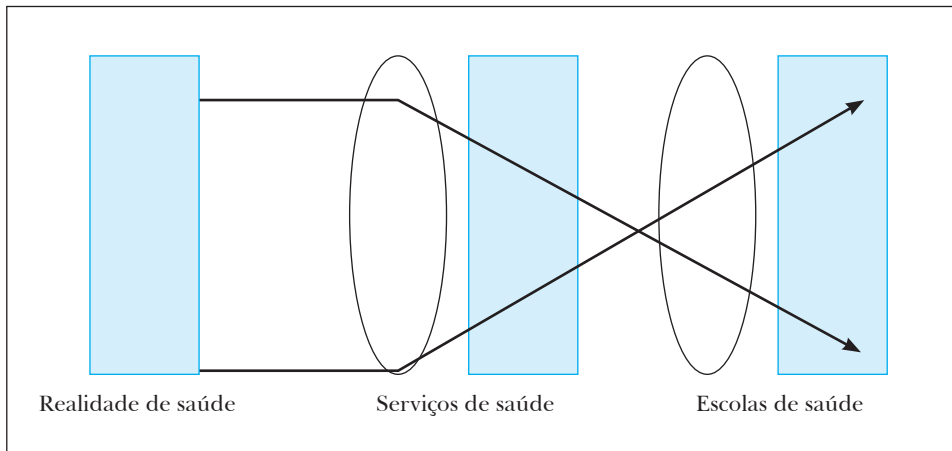



Figura 2 – Esquema de lentes interpostas entre formação em saúde, serviços de saúde e necessidades de saúde

Realidade de saúde
Serviços de saúde
Escolas de saúde

Em uma situação ideal, poderíamos imaginar relações perfeitas entre as três instâncias, sem perdas ou distorções nas projeções que fazem entre si. Sabemos, entretanto, que essa situação é utópica. O que normalmente podemos observar, na realidade, são variações do esquema, conforme ilustrado pela Figura 3.

A Figura 3 ilustra situações comumente vividas nas academias e nos serviços. Às vezes, problemas relevantes de saúde em uma determinada comunidade são pouco vistos e valorizados nas escolas nela existentes, ao passo que problemas raros, de pequena prevalência ou mais comuns em outras áreas, são hipervalorizados durante o processo de ensino-aprendizagem.

Figura 3 – Esquema de lentes interpostas e projeções distorcidas entre formação em saúde, serviços de saúde e necessidades de saúde

Realidade de saúde | Serviços de saúde | Escolas de saúde

Para refletir
Quais são os motivos dessa defasagem entre o que se ensina nos cursos de graduação e as necessidades de saúde?

Essa situação, embora complexa, está relacionada também à natureza das mudanças que ocorrem no saber e nas práticas de saúde ao longo do tempo, analisadas no item anterior. Essas alterações não ocorrem de uma hora para outra, e por conta disso nem sempre são percebidas facilmente. Por isso, há uma tendência a manter o ensino flexneriano tradicional ou a conjugá-lo com novas abordagens pedagógicas, sem que sejam abordadas as verdadeiras causas dos problemas eventualmente apontados.

Outra causa para o problema pode ser encontrada na heterogeneidade presente entre diferentes comunidades ou regiões. Sabe-se que as necessidades de saúde de um país ou uma determinada região não são homogêneas. Indicadores como a mortalidade infantil podem sofrer variações extremas entre regiões pertencentes a um mesmo país. Por esse motivo, estatísticas nacionais baseadas em médias dizem pouco a respeito das necessidades específicas de cada região, por isso não podem se constituir em uma mesma base para o ensino de saúde em diferentes regiões. Também as escolas e os serviços de saúde são heterogêneos. Essas instituições poderão ser públicas ou privadas, voltadas para públicos-alvo de diferentes poderes aquisitivos e apresentando diferentes interesses. Obviamente, as práticas e os saberes administrados serão distintos em cada uma delas: algumas instituições estarão em maior consonância com as necessidades gerais de saúde, e outras estarão mais abertas às necessidades de pequenos grupos específicos.

Outra fonte de discrepância está relacionada à constituição (e reprodução) do corpo docente dos cursos da área da saúde. Como o ensino flexneriano enfatizou a especialização nos cursos de saúde (sobretudo na medicina), a pesquisa biológica e sua vinculação com o ensino, muitos professores são especialistas e não têm conhecimento suficiente sobre os

sistemas públicos de saúde e as mudanças contemporâneas no setor. Além disso, uma significativa parte deles exerce sua profissão em consultórios privados.

Assim, o ensino é, muitas vezes, um campo de reprodução das condições de trabalho dos docentes, e não dos profissionais nos serviços públicos de saúde. Como a docência acaba por trazer prestígio aos profissionais dos serviços privados (médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos etc.), estes se fazem presentes no espaço acadêmico e reproduzem ali um exercício profissional diferente daquele observado nos serviços públicos. Por sua vez, os professores contam com o apoio dos estudantes, uma vez que estes almejam o mesmo êxito no setor privado. Dessa forma, a capacidade de resposta das escolas às necessidades do setor público de saúde será pequena, por isso os egressos dessas instituições enfrentarão dificuldades ao lidar diretamente com a prática real nesse setor.

Professores universitários que se dedicam intensamente à pesquisa podem também ser fontes de distorção ao supervalorizarem aspectos e problemas relacionados aos seus campos de pesquisa, independentemente da real relevância no contexto em que seus estudantes irão trabalhar.

Para refletir

Na sua opinião, o que os cursos da área da saúde deveriam fazer para aproximar professores e estudantes das realidades locais em saúde?

Por fim, não se pode esquecer o papel da sociedade em geral na manutenção do paradigma com o qual está acostumada há mais de um século. Esse fenômeno, que pode ser considerado uma resistência passiva às mudanças, é natural, uma vez que a substituição de paradigmas gera incertezas e desconfortos a partir da constatação de esgotamento do modelo com o qual a sociedade tem maior intimidade. Por isso, ela tende a reduzir as práticas de saúde às práticas médicas, pois, no paradigma flexneriano, o profissional médico e a ciência médica ocupam um lugar de destaque. Cabe ressaltar que a imagem glamorosa do ofício médico (que apresenta o profissional dessa área como um agente curativo e a todo tempo intervencionista, distante da atenção básica) não está restrita somente à comunidade, mas penetra também na própria academia, juntamente com os alunos recém-admitidos nos cursos de medicina, e neles sobrevive, respaldada pelo ensino reproduzido pelos docentes.

Um fator que contribui para a **reprodução do velho paradigma** no ensino em saúde é o vestibular, na forma em que é realizado hoje. Esse processo ainda se encontra influenciado pelo ensino flexneriano, supervalorizando o aprendizado teórico de disciplinas, como biologia e química, em detrimento de conhecimentos e atitudes vinculados ao relacionamento humano.

E quais são os pressupostos para a resolução desse problema? Em primeiro lugar, um curso de saúde deve estabelecer um diálogo com a comunidade da qual faz parte. Ele deve procurar entender as suas necessidades de saúde e direcionar esforços para criar respostas a elas. Em suma, as escolas de saúde deverão se 'arejar', inserindo docentes, estudantes e práticas nos serviços públicos e na comunidade.

A defasagem no ensino será tão menor quanto maior for a capacidade das escolas de se abrirem aos serviços públicos e às comunidades, participando efetivamente de seu cotidiano.

É necessário que haja também incentivos às mudanças de prática e à produção teórica dos cursos de saúde, de forma a conduzir os docentes a uma aproximação com a realidade que lhes é, por vezes, alheia (mais adiante serão mostradas algumas iniciativas realizadas no país visando ao alcance dessa necessidade). Também é importante que haja políticas públicas voltadas para essa mudança e para a reorientação do mercado das profissões de saúde, com a expansão de vagas para a atenção básica.

Por fim, os profissionais de saúde devem ter persistência e paciência para compreender que a visão da sociedade sobre as novas necessidades do setor saúde não mudará abruptamente: essa mudança se dará aos poucos, e dependerá diretamente do compromisso e da ação dos profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado.

É importante lembrar que esse problema é mundial, além de antigo. Nos Estados Unidos, a defasagem entre a realidade e o ensino em saúde já havia sido estudada em 1961, em um estudo intitulado "The ecology of medical care" (White, Williams & Greenberg, 1961).

"The ecology of medical care"

Este trabalho estudou a procura dos serviços de saúde por usuários americanos, concluindo-se que, de cada mil pessoas com mais de 16 anos em uma determinada comunidade, em média 750 (75%) declaravam ter sofrido alguma espécie de mal-estar, doença ou lesão no espaço de um mês. Dessas, 250 (25%) procuravam um médico uma ou mais vezes durante aquele período. Nove pessoas em média eram hospitalizadas (0,9%), cinco referidas a outro médico ou serviço (0,5%) e apenas uma (0,1%) era encaminhada a um hospital universitário, onde teria contato com os estudantes. Outro artigo, republicado em 2001 com o nome "The ecology of medical care revisited", mostrou resultados semelhantes.

Fontes: White, William & Greenberg, 1961; Green *et al.*, 2001.

Os dois trabalhos citados demonstratam que o hospital universitário, único lugar de aprendizado das profissões de saúde até então, não é representativo dos problemas verdadeiramente prevalentes da população. Dessa forma, a maior parte do aprendizado se realiza em um lugar cujos pacientes têm problemas raros, e os profissionais podem se graduar tendo pouca familiaridade com os problemas mais comuns que deverão enfrentar.

Com a crise provocada pelo aumento progressivo dos custos de saúde, são cada vez mais comuns, nos EUA, propostas de diminuição da formação de especialistas, aumento da formação de profissionais generalistas e deslocamento das atividades de aprendizagem dos hospitais para os ambulatórios. Entretanto, alerta-se para o fato de que levar o estudante para o ambulatório não garante que haja interação real com a comunidade.

Na América Latina, a crítica à dissociação entre escolas e serviços já estava presente em um trabalho realizado em 1967, que estudou 107 das 135 escolas médicas existentes na época na região. Segundo essa pesquisa, a formação de médicos tinha caráter essencialmente escolar, havendo uma dissociação importante entre o ensino e o trabalho (García, 1972).

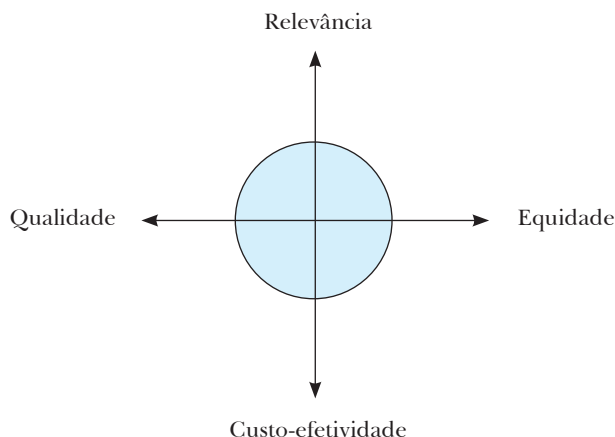
O estudo *La Educación Médica en la América Latina*, conduzido por **Juan César García** e publicado em 1972, é um clássico da literatura relacionada à educação médica, servindo de referência a praticamente todos os autores posteriores que trabalharam com o assunto.

Em 1979, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) promoveram uma reunião, na Jamaica, com dirigentes de cerca de vinte escolas médicas (a maioria localizada em países desenvolvidos) para criar a Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences, ou Rede de Instituições Educacionais em Saúde Orientadas para a Comunidade. Essa rede se baseou na construção do conhecimento orientado para a comunidade e na adoção da metodologia de 'aprendizagem baseada em problemas', que será discutida mais adiante.

A Federação Mundial de Educação Médica (World Federation for Medical Education – WFME) tem-se preocupado com o assunto. Em 2003, essa instituição lançou o documento *Educação Médica Básica: padrões globais da WFME para a melhoria de qualidade* (WFME, 2003), no qual preconiza a articulação entre as escolas e os serviços em que os estudantes prova-

velmente irão trabalhar após a graduação. O documento propõe também a interação com o setor saúde, afirmando que as escolas médicas devem ter uma interação construtiva com o setor saúde e outros setores da sociedade e do governo a ele relacionados.

Por fim, a OMS propõe às escolas e aos serviços de saúde analisar a sua situação em relação aos seguintes princípios: qualidade, equidade, relevância e custo-efetividade (Boelen, 2000). Para isso, introduz o esquema apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Princípios para análise das escolas e dos serviços de saúde

Essa concepção pressupõe que os serviços de saúde e as escolas tendem a valorizar mais alguns desses conceitos do que outros. Assim, uma escola poderá ensinar ações individuais de qualidade visando a combater um problema de relevância na área, mas que não poderão ser estendidas à maioria da população por conta do alto custo – o que comprometerá os valores de equidade e custo-efetividade. Outra escola poderá se preocupar em promover a equidade por meio de ações relevantes, com menor preocupação com a excelência técnica de suas ações (qualidade) ou a sua relação custo-efetividade.

Para refletir

Segundo esse esquema, como se encontra a faculdade na qual você se formará (ou se formou)? Qual a direcionalidade da formação em sua escola?
E como essa questão se apresenta no Brasil?

Para a OMS, tanto os serviços como as escolas devem buscar o equilíbrio entre esses princípios aparentemente divergentes. Para isso, essas instituições deverão se preocupar, concomitantemente, com a excelência técnica e a relevância social.

As primeiras necessidades de reorientação da formação em saúde foram percebidas durante a década de 1970, quando diversas ações de expansão e interiorização dos serviços de saúde começaram a se desenvolver. Data dessa época o surgimento da estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), que visava à articulação entre o ensino e os serviços de saúde em um contexto regionalizado, em todos os níveis de atenção. A iniciativa IDA assistiu, ainda na década de 1970, à criação dos primeiros internatos rurais em cursos de

saúde e foi importante projeto para o desenvolvimento das primeiras relações entre serviços e escolas. Em 1991, a Fundação Kellogg convidou instituições universitárias com cursos de graduação em medicina e enfermagem para participar de uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: União com a Comunidade (UNI).

É interessante destacar que, diferentemente do panorama internacional, marcado por discussões apenas sobre a educação médica, a estratégia IDA e o projeto UNI no Brasil não se limitam a essa profissão.

Apesar de todo o esforço realizado na década de 1970, não havia um cenário político adequado a essas mudanças. Todo o processo de expansão e interiorização das ações de saúde aconteceu de forma paralela ao sistema de saúde existente, baseado na compra de serviços privados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, depois, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Portanto, essas iniciativas não tinham o objetivo de reestruturar o sistema de saúde que se encontrava em crise.

Somente algum tempo após o surgimento e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) aparecem duas iniciativas objetivando conhecer o contexto no qual se encontrava o ensino médico. A primeira, denominada Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), agregava diferentes atores como representações das comunidades acadêmica, universitária e médica, com o objetivo de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil. A segunda, denominada Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (Promed), visava a incentivar mudanças curriculares e, assim como a Cinaem, era direcionada apenas ao curso de medicina.

O Promed, proposto pelo Ministério da Saúde em 2001, baseou-se no incentivo financeiro a escolas de medicina cujos planos de mudanças foram aprovados em processo seletivo. O programa propôs três eixos de direção para a evolução das escolas: orientação teórica das escolas médicas, abordagem pedagógica e diversificação do cenário de práticas. Este último ocupa-se dos locais de práticas da aprendizagem e da abertura dos serviços da instituição ao sistema de saúde local. Seu desafio diz respeito à substituição do tradicional uso dos hospitais (notadamente as enfermarias) pelos ambulatórios e serviços de atenção básica.

A supervalorização do espaço hospitalar no ensino médico opõe-se à progressiva 'desospitalização' da atenção à saúde e, muitas vezes, amarra o aprendizado às demandas de ensino e pesquisa próprias da instituição. Já o ensino na comunidade, nos domicílios e nos centros de saúde reduz os custos, diversifica a clientela atendida e promove a integração entre aluno, docente e comunidade. As características necessárias para um novo modelo de formação em saúde no Brasil são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Características necessárias a um novo modelo de formação em saúde no Brasil

- Foco no trabalho em equipe multiprofissional, respeitando-se as especificidades de cada profissão e incentivando a interação entre elas.
- Uso de metodologias pedagógicas inovadoras e centradas no estudante.
- Atenção aos problemas de maior prevalência e relevância nos serviços de saúde locais.
- Reorientação das pesquisas acadêmicas, de forma a responder às necessidades locais, regionais ou nacionais.
- Valorização das atividades de extensão.
- Diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem.
- Maior ênfase na atenção primária/básica, em promoção da saúde e na determinação multifatorial do processo saúde-doença.
- Articulação constante com o sistema local de saúde.
- Valorização de atitudes éticas e humanistas.

Para refletir

Qual é a natureza dos problemas na formação de profissionais de saúde? Eles são estruturais? Ou são meramente circunstanciais, podendo ser resolvidos de forma prática e rápida? Serão esses problemas encontrados comumente em vários países? Ou ocorrem somente no Brasil? O que vem sendo feito para resolvê-los?

Políticas para reduzir a defasagem entre ensino e realidade

Algumas políticas do Ministério da Saúde para a formação de pessoal de nível superior para a saúde vêm buscando reduzir a defasagem entre ensino e realidade. Em 2003, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), dando-se maior importância ao tema no interior do ministério. O setor anterior, correspondente aos recursos humanos, não possuía a estrutura de uma secretaria que ora dispõe de mais recursos para o exercício das atribuições ministeriais na área.

A nova secretaria manteve os repasses financeiros do Promed e implementou um programa de mudanças na graduação de todos os cursos da área da saúde, conhecido como Aprender-SUS. Esse programa se divide em iniciativas específicas, como o curso de especialização em ativação de processos de mudança, que visa a sistematizar o conhecimento acumulado sobre mudanças nas graduações em saúde e a administrá-lo na forma de um curso de especialização para atores interessados em ativar mudanças em cursos de graduação. Outra iniciativa criada nessa época, também no âmbito do Aprender-SUS, foi o programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), cujo objetivo é o de proporcionar a estudantes da área da saúde a realização de estágios em sistemas municipais de saúde de outras cidades, junto a estudantes de diferentes cursos – possibilitando, assim, o intercâmbio entre eles. Criou-se também o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (Fnepas), com o objetivo de integrar instituições de ensino e atores de diferentes profissões na busca por mudanças.

O Promed passou a receber a 'ajuda' de outro programa, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (**Pró-Saúde**), em 2005. Essa iniciativa se estendeu a outras escolas médicas e também a escolas de enfermagem e odontologia – profissões de nível superior presentes nas equipes de Saúde da Família.

Em 2005, o Promed foi ampliado com o lançamento do programa Pró-Saúde. Essa iniciativa, com algumas reformulações pontuais, manteve os eixos do Promed mencionados anteriormente e estendeu o incentivo financeiro a escolas de enfermagem e odontologia. Com esse programa, o Ministério da Saúde buscou concentrar suas ações nas profissões de saúde inseridas diretamente na Saúde da Família, agindo em consonância com as diretrizes de expansão da estratégia propostas pelo Departamento de Atenção Básica, responsável pela gestão da Saúde da Família no país.

Em sua primeira fase, o programa Pró-Saúde I selecionou 89 cursos, sendo 38 de medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. A partir da extensão referida, o programa Pró-Saúde II selecionou 68 projetos, alcançando 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97.000 alunos das 14 áreas envolvidas.

Em 2010, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – o PET-Saúde (Portaria Interministerial n. 421, de 3 mar. 2010). Esta iniciativa tem como pressuposto a educação pelo trabalho, constituindo-se em uma das estratégias do Pró-Saúde e contando com a parceria do Ministério da Educação.

Atualmente, o PET-Saúde está composto pelo PET-Saúde/Saúde da Família, PET-Saúde/Vigilância em Saúde e pelo PET-Saúde/Saúde Mental/Crack – este último a partir de 2011.

O PET-Saúde funciona na forma de grupos cuja composição varia em razão de cada modalidade. Assim, cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família é formado por um tutor acadêmico, trinta estudantes (sendo 12 estudantes monitores bolsistas) e seis preceptores. Já os grupos do PET-Saúde/Vigilância em Saúde são formados por um tutor acadêmico, oito estudantes monitores e dois preceptores. Por fim, os grupos do PET-Saúde/Saúde Mental/*Crack* funcionam com um tutor e três preceptores para cada 12 estudantes.

Segundo dados do Ministério da Saúde, foram selecionados, em 2010 e 2011, 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, correspondendo a 111 projetos (2010/2011); 122 grupos para o PET-Saúde/Vigilância em Saúde, relativos a setenta projetos (2010/2011). Além disso, oitenta grupos foram selecionados para as ações do PET-Saúde/Saúde Mental/*Crack*, os quais correspondem a 69 projetos (Brasil, 2012).

Constata-se, portanto, que essas iniciativas empreendidas pelos ministérios da Saúde e da Educação integram um rol de políticas indutoras da formação em saúde, no sentido de aproximar o ensino com a realidade do sistema e dos serviços de saúde. Observa-se um movimento de progressiva expansão do escopo e do alcance dessas políticas, as quais se dirigiram, num primeiro momento, às escolas médicas e hoje estão inseridas em todas as profissões de saúde, nos mais diversos cursos da área.

Políticas de educação voltadas aos profissionais formados

As políticas destinadas a contribuir para a qualificação do profissional de nível universitário e aproximá-lo da realidade dos serviços de saúde nem sempre têm o seu foco no profissional em formação: algumas iniciativas foram concebidas para apoiar diretamente o profissional que já se encontra em serviço. A seguir, serão mostradas cinco iniciativas recentes criadas com esse intento:

1) Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps)

A atual política para a educação permanente dos trabalhadores da saúde surgiu em 2007 (Portaria GM/MS n. 1.996, 20 ago. 2007), com o propósito de favorecer a pactuação, no âmbito da gestão, de ações educacionais para trabalhadores de saúde. A portaria que a apresentou delegou aos Colegiados de Gestão Regional a sua condução regional, por intermédio da elaboração de planos de ação regionais de educação permanente, com a participação de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) – instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, responsáveis por participar da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

2) Programa Nacional de Telessaúde

Estabelecido oficialmente em 2007, o Programa Nacional de Telessaúde (ou Telessaúde Brasil) tem, por objetivo, integrar as equipes de Saúde da Família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência. Sua implantação se desenvolveu por meio de uma ampla ação governamental, que contou com a participação das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e do Ministério da Educação por meio das Secretarias de Educação Superior (SESu) e de Educação a Distância (SEED), da Casa Civil, da Organização Pan-Americana da Saúde, dos ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação, da Defesa e das Comunicações, bem como

de várias universidades públicas e entidades como o Conselho Federal de Medicina (CRM), a Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Suas ações visam a melhorar a qualidade dos serviços prestados na atenção primária de forma a diminuir custos e reduzir a quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes. Para tanto, ele se vale da implantação de uma infraestrutura própria de tecnologia da informação e de um sistema de consultoria e segunda opinião educacional por especialistas em Medicina de Família e Comunidade, preceptores de Saúde da Família e docentes de instituições de ensino superior.

3) Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Estabelecido oficialmente por meio do decreto presidencial n. 7.385, de 8 dez. 2010, o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) tem por objetivo atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da saúde.

A Plataforma Arouca tem esse nome em homenagem a Sergio Arouca (1941-2003), médico sanitarista que exerceu significativa contribuição para a Reforma Sanitária brasileira.

Para tanto, a UNA-SUS conta com uma rede de instituições de ensino superior credenciadas para a oferta de ações educacionais a distância e conveniadas com o Ministério da Saúde para a sua oferta em ampla escala. Também fazem parte desse sistema o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, público e construído de forma colaborativa pelas instituições participantes, disponível na Internet, e a Plataforma Arouca, uma base de dados nacional e integrada a outros sistemas de informação do SUS, que contém a experiência profissional, o registro histórico e os certificados educacionais dos trabalhadores do SUS.

4) Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde

No que se refere às residências, entre as iniciativas mais recentes estão o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (o Pró-Residência) e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, ambos voltados para as necessidades do SUS.

O Pró-Residência foi lançado em 2009 com o objetivo de formar médicos em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Portaria interministerial n. 1.001, 22 out. 2009). Para alcançar esse objetivo, o programa visa à ampliação do número de vagas de residência médica e instituição de novos programas em hospitais universitários federais e outros de ensino, bem como em secretarias estaduais e municipais de Saúde. Ele também se vale da concessão de bolsas para educação pelo trabalho e de cooperação técnica e apoio matricial por parte de instituições de reconhecida excelência.

Já o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde contemplou, por meio de edital lançado em 2009, 59 projetos em todo o país, concedendo assim 486 bolsas em dez estados para residentes inseridos em programas de Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Especializada em Saúde, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Urgência/Trauma e Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

5) Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Instituído em 2011 por meio de portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação (portaria interministerial n. 2.087, 1º set. 2011), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica objetiva a interiorização de médicos, dentistas e enfermeiros, que devem trabalhar em serviços de atenção básica de municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.

Esses municípios estão aptos a participar desde que se comprometam a contratar, pelo prazo mínimo de 12 meses, médicos, enfermeiros e dentistas com remuneração equivalente à praticada pela Estratégia Saúde da Família, além de prover moradia a esses trabalhadores quando necessário.

Os profissionais aprovados para a participação nesse programa recebem supervisão presencial e a distância, realizada por tutores de instituições de ensino superior, hospitais de ensino ou serviços de saúde com experiência em ensino. Eles recebem também um curso de especialização em Saúde da Família ofertado por universidades participantes do Sistema UNA-SUS. Os profissionais médicos que aderem ao programa recebem bônus especial nas provas de residência que porventura realizarem após o término de sua participação.

É importante ressaltar que, embora os últimos programas se preocupem com a formação e a distribuição de determinadas especialidades médicas, não há no país uma política de regulação de vagas de residência médica ou multiprofissional, ao contrário do que acontece em outros países. Os Estados Unidos, apesar de não terem exatamente uma política de regulação, contam desde 1986 com um conselho específico – Council on Graduate Medical Education (COGME) – para avaliar tendências da força de trabalho médica, entre outras questões, e propor – ao governo federal e ao setor privado – recomendações para que se corrijam os eventuais desequilíbrios detectados no número e na distribuição de especialidades médicas.

Problemas na formação em saúde: aspectos pedagógicos

Não é novidade que o ensino em saúde carrega consigo várias marcas do flexnerianismo. Entre elas, podemos considerar alguns problemas pedagógicos, como a compartimentalização do ensino, o método didático baseado na transmissão vertical do conhecimento e a especialização precoce. Além disso, uma característica importante do ensino universitário contemporâneo, de forma geral, é a obrigação docente de realizar atividades tanto de ensino como de pesquisa – o que pode acarretar uma valorização da segunda em detrimento da primeira.

De forma geral, é mais fácil para qualquer docente se afirmar profissionalmente por meio da geração do conhecimento do que por meio de sua difusão. Os indicadores individuais de produtividade em pesquisa são simples, objetivos e acessíveis: basta, por exemplo, procurar o nome de um pesquisador em um sistema de buscas para conferir o volume e a relevância de suas publicações. Este último parâmetro pode ser observado segundo os periódicos nos quais o docente publicou, acessando-se currículos na Plataforma Lattes, no *site* <www.cnpq.br>, desenvolvida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ao discutir aspectos pedagógicos da formação em saúde, é importante lembrar que o advento de novas tecnologias de informação, como a Internet, determina mudanças irreversíveis nas relações professor-estudante e estudante-informação. O objetivo da aprendizagem não é mais o simples repasse de informações, que agora são mais disponíveis, e sim a ligação entre elas e a extração de significados dessas ligações.

As novas tecnologias geram uma nova tendência na formação e na pós-graduação de profissionais: o ensino a distância se faz cada vez mais presente na área.

No ensino, contudo, a avaliação do docente se faz de forma menos objetiva: geralmente seu desempenho é medido pela frequência às aulas e pela administração do conteúdo programado – não importando como se dá esse processo. O docente também pode ser avaliado pelos estudantes, ainda que essa avaliação se faça de forma mais subjetiva, uma vez que não são definidos e rotineiramente disponibilizados metodologias e critérios para esse tipo de avaliação. Por isso, a competência de um docente em ensinar não é tão exposta aos colegas como a sua competência em pesquisar. Tal fato pode causar um desequilíbrio entre as duas atividades: caso um docente almeje alcançar renome em sua área de atuação, nacional ou internacional, priorizará atividades relacionadas à pesquisa (Pachane & Pereira, 2004).

A priorização da pesquisa parece ocorrer comumente em instituições em que os profissionais são obrigados a pesquisar e a ensinar, caso não haja uma política explícita de valorização do ensino. A literatura mostra essa tendência também nos Estados Unidos e na Europa.

Para transpor limites da didática flexneriana, observa-se uma tendência mundial na difusão de metodologias inovadoras, como a 'aprendizagem baseada em problemas' (*problem-based learning* – PBL). Esse método, experimentado inicialmente no Canadá e na Holanda, disseminou-se por vários países nos cursos de medicina, sendo em geral bem avaliado em relação aos métodos tradicionais. O PBL se baseia no estudo de casos e na busca ativa de soluções para os problemas relacionados após sua leitura. O estudo se faz de forma individual e em grupo, com a orientação de um tutor. Entre algumas vantagens atribuídas ao método, estão maior integração entre as disciplinas e maior motivação do aluno.

Algumas críticas, porém, vêm sendo feitas ao uso disseminado do PBL, como um modismo. Uma crítica é a possibilidade de redução das mudanças necessárias à adoção do próprio método, que, nesse caso, deixa de ser um meio para a aprendizagem e se torna um fim em si. Essa simplificação tende a colocar velhos conteúdos em novos recipientes, uma vez que a adoção do método não implica aumento da articulação ensino-serviço ou diminuição da defasagem entre realidade e ensino de forma geral (Dixon, 2006).

O incentivo à pesquisa voltada para os problemas locais é importante porque a maioria dos pesquisadores trabalha com assuntos valorizados mundialmente, visando à publicação em periódicos internacionais. Assim, assuntos já pesquisados exaustivamente no exterior, como a Aids, são preferidos também por aqui, em detrimento de pesquisas que poderiam fazer diferença em nível regional, como as relacionadas à doença de Chagas e à leishmaniose. A importância de incentivar pesquisas de doenças negligenciadas é discutida no capítulo 8. Confira.

No Brasil, além da tendência à priorização da pesquisa pelo docente, os programas de pós-graduação passam por esse processo, uma vez que são avaliados principalmente por indicadores quantitativos nessa área, como o volume de publicações geradas. Obviamente, a pressão pró-pesquisa gera também impacto no ensino de graduação, uma vez que a maioria dos professores está ligada a ambos os programas. Além disso, a avaliação da qualidade do ensino, mesmo na pós-graduação, é pouco desenvolvida, e é importante ressaltar que os programas de pós-graduação formam, principalmente, pesquisadores. Usualmente não se oferecem disciplinas de didática ou outros processos que capacitem o pós-graduando a ensinar o conteúdo que domina.

Tal deficiência, contudo, dificilmente será um entrave à sua seleção posterior para um cargo de docência, uma vez que as exigências relacionadas às atividades de pesquisa são usualmente maiores do que aquelas ligadas à capacidade de ensinar. Essa situação se baseia, em parte, na concepção de que basta dominar profundamente um conteúdo para saber transmiti-lo.

Um resultado indesejado da falta de capacitação didática pode ser a ausência de debates, interesse ou consenso para a construção de um projeto político-pedagógico claro, o que favorece (e reforça) o acúmulo de contradições entre o ensino ideal e o real, como:

- a desarticulação entre as ciências básicas (ou biológicas), clínicas e sociais;
- a existência de grades curriculares baseadas em disciplinas como créditos a serem somados e desvinculados entre si;
- os sistemas de avaliação com base na memorização (sem que se avaliem habilidades técnico-práticas ou de relação profissional-paciente);
- a falta de participação das escolas em um processo integral de educação permanente para os profissionais formados;
- a valorização do ensino passivo, com base na transmissão do saber professor-estudante, e não na construção do conhecimento com o próprio estudante como protagonista;
- a inexistência de bons textos didáticos em algumas áreas, apesar da proliferação de vários artigos mais complexos e específicos sobre o mesmo assunto.

A resolução dos problemas pedagógicos depende da valorização institucional das atividades de ensino, da exigência de capacitação didática e da oferta desse tipo de capacitação aos docentes.

A tendência ao uso de abordagens metodológicas alternativas, como a PBL, também ocorre no país. Esta tem sido implantada em diversos cursos de medicina. Ressalvam-se, entretanto, as limitações do método nas mudanças dos cursos, quando aplicado isoladamente.

Em relação à pesquisa, é importante que busque sempre valorizar a produção e a sistematização de conhecimentos relevantes aos serviços de saúde. As pós-graduações devem também contribuir para a educação permanente dos profissionais que já se encontram em serviço, possibilitando a sua inclusão em seus programas flexíveis o suficiente para permitir a sua participação ou promovendo eventos específicos para os trabalhadores da saúde.

Educação permanente em saúde é o processo de capacitação que parte da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado, com o objetivo de mudar o processo de trabalho e melhorar a atenção prestada.

A aproximação entre a pesquisa e as necessidades de saúde em determinado local é duplamente vantajosa, pois diminui a defasagem entre o ensino e a realidade (ao chamar a atenção dos professores-pesquisadores para problemas próximos a eles) e também pode estimular a pesquisa de soluções para problemas dos serviços, ou mesmo para problemas de relevância nacional.

A oferta de cursos de especialização para a atenção básica (por exemplo: especializações em Saúde da Família) e de iniciativas de educação permanente também trazem benefícios mútuos, tanto para os profissionais e as comunidades por eles assistidas (pela atualização profissional) quanto para os docentes (que terão a oportunidade de refletir sobre as necessidades de profissionais e da comunidade) e os alunos.

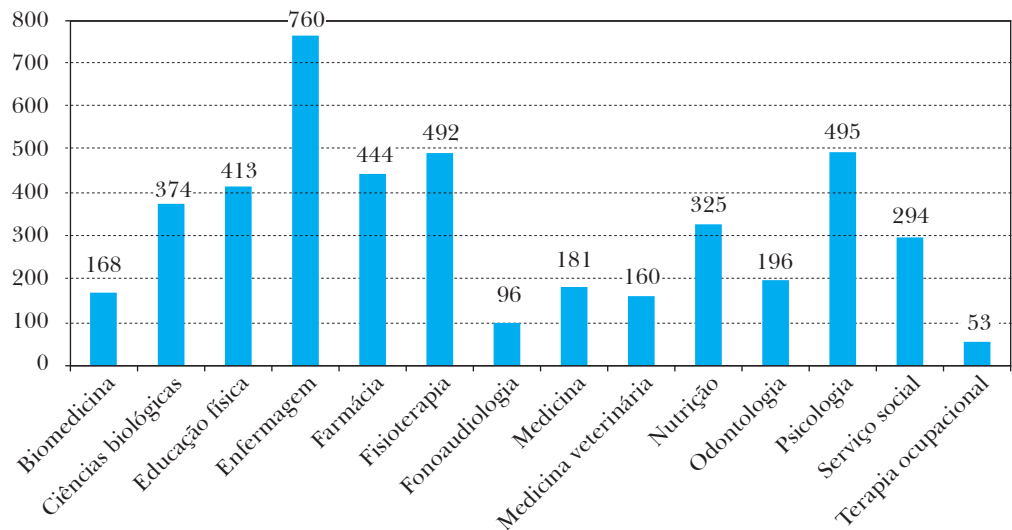
Do ponto de vista didático, é necessário que o ensino seja centrado no estudante e em sua aprendizagem. Ele deve ser visto como o protagonista na construção do seu próprio conhecimento. É preciso lembrar que ele tem autonomia e capacidade para procurar a informação desejada e aprender com ela. Já os processos de educação permanente podem ser mais eficazes ao inverter a sequência clássica teoria/ensino: a primeira viria, nesse caso, após a reflexão sobre o contexto do trabalhador/estudante e a sua prática, o que contribui para um aprendizado mais significativo, uma vez que ele se ancora na real necessidade do indivíduo. Dessa forma, constrói-se o conhecimento por meio da sequência 'ação-reflexão-ação'.

O contexto atual do ensino de graduação dos cursos da área da saúde

A área da saúde conta, oficialmente, com as 14 profissões de nível superior já mencionadas no início deste capítulo. A seguir, serão descritos e analisados alguns dados sobre a disponibilidade e a distribuição de seus cursos no país, chamando-se a atenção para alguns fenômenos recentes, como a expansão da oferta, a diversificação ocorrida com o surgimento de novos cursos relacionados à saúde e o surgimento da educação a distância na área.

Segundo o Censo da Educação Superior de 2009, esses cursos estão distribuídos da seguinte forma entre as profissões (Gráfico 2):

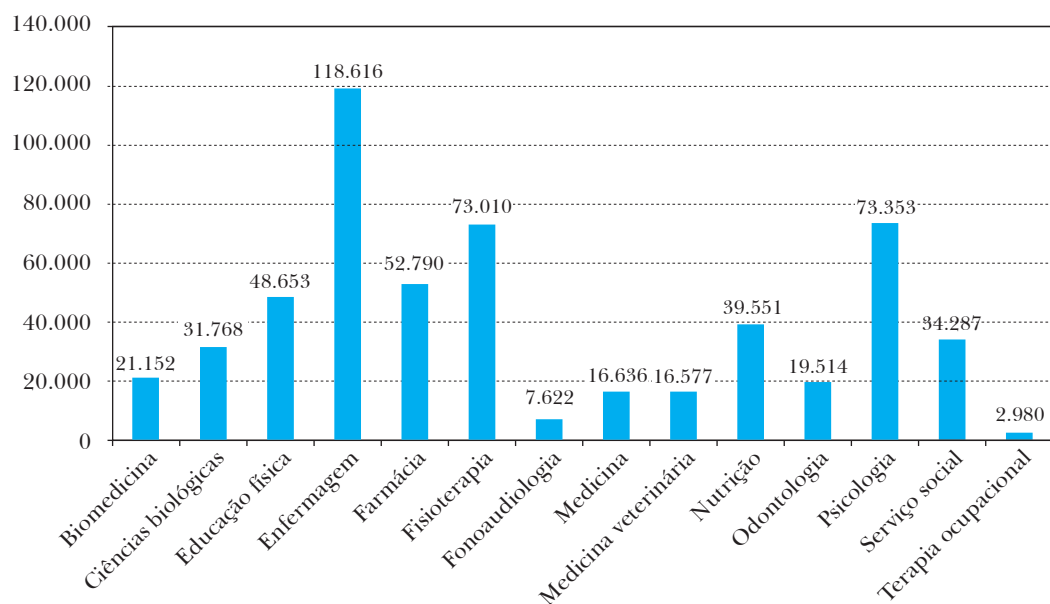
Gráfico 2 – Distribuição dos cursos superiores da área da saúde. Brasil – 2009

Curso	Nº
Biomedicina	168
Ciências biológicas	374
Educação física	413
Enfermagem	760
Farmácia	444
Fisioterapia	492
Fonoaudiologia	96
Medicina	181
Medicina veterinária	160
Nutrição	325
Odontologia	196
Psicologia	495
Serviço social	294
Terapia ocupacional	53

Fontes: Inep, 2010; para Serviço Social - Estação de Trabalho IMS/Uerj do ObservaRH.

Nota-se, no Gráfico 2, que a profissão com mais cursos para a sua formação é enfermagem, com 760. Em seguida estão psicologia, com 495 cursos, e fisioterapia, com 492. Apenas duas profissões têm menos de cem cursos: fonoaudiologia, com 96, e a terapia ocupacional, com 53.

A distribuição de vagas entre as profissões mantém, de forma geral, o mesmo padrão, embora haja algumas observações a se fazer (Gráfico 3).

No Gráfico 3, enfermagem aparece como a profissão que oferta o maior número de vagas – em média, 156 no ano de 2009. Fisioterapia (148) e psicologia (148) são, respectivamente, a segunda e a terceira profissões com a maior média de vagas ofertadas por curso nesse ano.

Gráfico 3 – Distribuição de vagas em cursos superiores da área da saúde. Brasil – 2009

Fonte: Inep, 2010.

A distribuição geográfica dos cursos superiores na área da saúde tende a seguir a distribuição da população brasileira. Por esse motivo, eles são mais abundantes na região Sudeste – em especial, nos estados de Minas Gerais e São Paulo. A Tabela 1 mostra a distribuição de três cursos (enfermagem, medicina e odontologia) em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal:

Tabela 1 – Distribuição de cursos de enfermagem, odontologia e medicina por unidade da federação. Brasil – 2009

UF	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Acre	3	1	1
Alagoas	7	2	2
Amapá	4	0	1
Amazonas	9	3	7
Bahia	45	7	7
Ceará	16	7	4
Distrito Federal	16	4	4
Espírito Santo	16	5	4
Goiás	28	3	4
Maranhão	27	3	3
Mato Grosso	19	2	3
Mato Grosso do Sul	15	3	3
Minas Gerais	123	27	23

Tabela 1 – Distribuição de cursos de enfermagem, odontologia e medicina por unidade da federação. Brasil – 2009 (cont.)

UF	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Pará	11	4	3
Paraíba	17	5	5
Paraná	52	10	14
Pernambuco	22	5	4
Piauí	18	4	4
Rio de Janeiro	54	18	19
Rio Grande do Norte	12	3	3
Rio Grande do Sul	37	11	10
Rondônia	8	4	3
Roraima	2	1	1
Santa Catarina	26	10	9
São Paulo	163	33	49
Sergipe	3	1	2
Tocantins	7	5	4
Total	760	181	196

Fonte: Inep, 2010.

De forma geral, pode-se dizer que o cenário atual dos cursos de graduação no Brasil vem sendo marcado por três fenômenos distintos: a expansão da oferta – sobretudo na iniciativa privada –, a diversificação dos cursos para além das 14 profissões reconhecidas oficialmente e o advento da educação a distância nos cursos de graduação. Cada um deles será analisado distintamente a seguir.

1) A expansão da oferta de cursos de graduação em saúde

O cenário atual dos cursos de graduação em saúde no Brasil é marcado por um aumento do seu número em praticamente todas as 14 profissões nos últimos anos, bem como uma significativa expansão do setor privado.

Como alguns cursos nessa área apresentam alta demanda em decorrência da ampliação do mercado de trabalho – como discutido no capítulo 9 –, a expansão de instituições privadas de ensino ocorre como uma consequência da lei de mercado de oferta e procura, na ausência de regulação por parte do Estado ou das corporações profissionais.

Em relação ao cenário internacional, nem todas as profissões de saúde têm as expansões de seus cursos bem documentadas, o que dificulta a análise do problema. Esse fato ocorre de forma diferente no Brasil. Fora do país, há um aumento mais significativo das escolas médicas. No Brasil, entretanto, observa-se uma expansão sem precedentes, desde a década de 1990, em praticamente todos os cursos da área da saúde.

Os Estados Unidos viveram – e ainda vivem – períodos de expansão de cursos em saúde, principalmente dos cursos médicos (Ebert & Ginzberg, 1988). O Gráfico 1, apresentado no início deste capítulo, mostra a trajetória de expansão de escolas de medicina e odontologia

na era pré-Flexner, a retração a partir do fechamento de escolas que marcou essa era e um novo aumento na segunda metade do século XX, estabilizado ao fim desse período.

Preocupada com o crescente número de escolas médicas em vários países, a WFME (2003) lançou o documento *Educação Médica Básica: padrões globais da WFME para a melhoria de qualidade*, citado anteriormente. Seu objetivo é fornecer diretrizes mínimas para a garantia de qualidade dos cursos de medicina em todo o mundo. Outra iniciativa é a do World Directory of Medical Schools, espécie de lista de todas as escolas médicas do mundo produzida pela OMS, que disponibiliza ao público várias informações sobre cada uma dessas instituições. A adesão é voluntária.

Na enfermagem, o número de cursos aumentou de 108 para 760 entre 1995 e 2009 – ou seja, houve um crescimento de 700%. O número de vagas ofertadas sofreu um crescimento de 1.470%, aumentando de 8.068 para 118.616. Na odontologia, foram criados 106 novos cursos de graduação entre 1995 e 2009, o que significa um aumento de 230% (Inep, 2010).

Na medicina, o aumento entre 1995 e 2009 foi de 226%. Para se ter uma ideia da magnitude dessa expansão, basta dizer que, em 2009, 55,8% das escolas médicas existentes tinham 15 anos ou menos de existência.

Para outros dados sobre o número de profissionais formados e postos de trabalho em saúde, consulte o capítulo 9.

Essa expansão recente dos cursos de medicina se deu, predominantemente, às custas do setor privado. Das 157 escolas criadas entre 1995 e 2009, 71 eram de natureza privada e 29 de natureza pública.

O setor privado é também responsável pela recente expansão em vários cursos da área da saúde. O Gráfico 4 mostra a proporção entre instituições públicas e privadas que ofereciam cursos para cada profissão em 2009.

Gráfico 4 – Proporção entre instituições públicas e privadas que ofertavam cursos na área da saúde. Brasil – 2009

Fonte: Inep, 2010.

Como se pode ver, todas as profissões de saúde dispõem, majoritariamente, de instituições privadas oferecendo cursos de graduação para a sua formação. A medicina, a terapia ocupacional e a medicina veterinária são as profissões que contêm mais instituições públicas contribuindo na formação de seus profissionais, ainda que elas sejam minoria. Por sua vez, cursos como enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição e biomedicina têm menos de 10% de seus cursos vinculados ao sistema educacional público.

Nosso país assistiu a dois grandes ciclos de expansão de vagas no ensino universitário no século XX. O primeiro ocorreu durante a década de 1960, na época do regime militar. O segundo teve início, como já foi dito, na década de 1990.

É importante registrar a existência de controvérsias a respeito da atual onda de expansão. O objetivo do governo, em 1990, era o de promover a competição entre as instituições no setor privado, visando ao aumento de qualidade em razão do predomínio daquelas que apresentassem melhores resultados. Para isso, admitiu liberalidade na abertura de novos estabelecimentos e iniciou um processo de avaliação institucional, o Exame Nacional de Cursos – 'Provão', visando à classificação dos cursos e à tomada de medidas contra aqueles que não tivessem condições de funcionar adequadamente. Atualmente esse processo passou a ser chamado de Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade).

Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade)
Avalia indiretamente os cursos por meio da avaliação direta dos estudantes.

Entretanto, as medidas direcionadas aos cursos que apresentaram repetidamente desempenho ruim foram raras e limitadas. Soma-se a esse quadro a oposição de vários setores da sociedade civil, principalmente as representações estudantis, que promoveram boicotes ao antigo provão.

Assim, é possível observar que a liberalidade na expansão do ensino não foi seguida de uma avaliação, desencadeadora de ações efetivas, que pudesse promover de forma segura a expansão do ensino universitário privado e de qualidade. Além disso, ações punitivas, como o fechamento de cursos, são difíceis de se levar a cabo e mesmo traumáticas, uma vez que implicam planos logísticos de redistribuição de seus antigos alunos, cuja execução necessita de negociações com outras instituições.

Para refletir
Quais são as possíveis consequências da acelerada expansão de faculdades privadas de ensino com baixa regulação para a atenção à saúde?

Em 2004, outro sistema de avaliação substituiu o anterior. O Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes) é composto por três avaliações distintas: das instituições, dos cursos e dos alunos. Entre seus objetivos estão a melhoria da qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta e o aumento permanente da eficácia institucional e da efetividade acadêmica e social (Cunha, 2006). Entretanto, ainda é cedo para avaliar o êxito na orientação da expansão da oferta de cursos.

Um processo de expansão sem controle de qualidade e sem análises prévias de mercado de trabalho será sempre preocupante, uma vez que no setor saúde não devem predominar motivos econômicos: o desenvolvimento de seus profissionais é uma questão estratégica para a dinâmica do sistema público de saúde, e sua quantidade e sua distribuição geográfica devem ser apreciadas e planejadas por meio de políticas públicas. A ordenação da formação

de recursos humanos em saúde é uma atribuição do SUS, prevista no artigo 200 da Constituição (que define as atribuições do SUS). A lei n. 8.080/90, que regulamentou o SUS, já exigia a criação e o funcionamento de uma Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos (CIRH), subordinada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa comissão passou por um período de inatividade, tendo sido reinstalada pela resolução n. 225/97. Dentre suas atribuições, destacam-se as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde (lei n. 8.080/90, art. 6º) e a criação de comissões permanentes de integração serviço-ensino (lei n. 8.080/90, art. 14).

A ordenação da formação de recursos humanos em saúde é uma atribuição do SUS, prevista no artigo 200 da Constituição (que define as atribuições do SUS). A lei n. 8.080/90, já exigia a criação e o funcionamento de uma Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos (CIRH), subordinada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa comissão passou por um período de inatividade, tendo sido reinstalada pela resolução n. 225/97. Dentre suas atribuições, destacam-se as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde (lei n. 8.080/90, art. 6º) e a criação de comissões permanentes de integração serviço-ensino (lei n. 8.080/90, art. 14).

Outras divergências a respeito da regulação de cursos são encontradas nos discursos dos conselhos profissionais, responsáveis pela regulamentação e pela fiscalização do exercício das diversas profissões. Os conselhos costumam adotar posições radicalmente contrárias à expansão do ensino privado, alegando a dificuldade de controle de sua qualidade. Esse discurso, entretanto, é acusado de corporativismo pelo setor privado.

Para discutir estratégias para resolução dos impasses, em primeiro lugar é importante observar que diferentes atores têm interesses distintos em relação a esse problema. Ao setor privado, lucrativo ou não, interessa manter ou aumentar o seu faturamento. As corporações têm interesse em manter o número de profissionais abaixo do nível de saturação do mercado, bem como em zelar pela qualidade do exercício profissional. Ao Estado interessa conhecer as necessidades de profissionais de diferentes regiões, sua relação entre as escolas e a fixação desses profissionais para poder tomar decisões adequadas. A abertura de uma escola em região remota, por exemplo, não garante que os egressos atuarão na região, uma vez que podem ser oriundos de outras regiões mais populosas em busca de escolas com processo seletivo menos concorrido.

Em razão da divergência de interesses, a abertura de cursos na área da saúde deve ser objeto de estudo imparcial e criterioso, com a parceria do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, de forma a possibilitar a tomada de decisões que não sejam baseadas em interesses de atores específicos, mas sim nas necessidades do sistema público de saúde.

2) A diversificação dos cursos universitários na área da saúde

Embora sejam reconhecidas 14 profissões de nível superior, outras formações aparecem no Censo da Educação Superior de 2009, tanto no nível de bacharelado como no tecnológico, assim como alguns cursos superiores sequenciais.

A maioria dos novos cursos surgiu a partir do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), que tem como objetivo a reestruturação e a expansão das universidades federais para ampliar o acesso e a permanência

na educação superior. O Reuni estimulou a criação de novos cursos de graduação, entre os quais os tecnológicos.

Entre esses cursos, destaca-se principalmente o de técnico em radiologia, que conta com 87 cursos pelo país (nove públicos e 78 privados). Outros cursos com esse grau acadêmico incluem, em menor número, campos como saúde pública, gestão hospitalar, tecnologia em sistemas biomédicos, optometria, ortóptica e toxicologia.

Os cursos superiores sequenciais aparecem em pequena quantidade no Censo da Educação Superior de 2009: há apenas seis, voltados para saúde pública, cuidadores de idosos, educação física escolar, terapias orientais e ioga.

Entre os cursos superiores de graduação no grau de bacharelado, destaca-se uma nova formação: a de saúde pública ou saúde coletiva. Em 2009, de acordo com o Censo da Educação Superior daquele ano, sete cursos funcionavam com nomes tão distintos como 'graduação em saúde coletiva', 'gestão em sistemas e serviços de saúde' e 'análise de políticas e sistemas de saúde'.

No que concerne especificamente à formação em saúde coletiva, esta se diferencia sobremaneira das profissões de saúde, uma vez que, num processo inverso ao das demais, seu surgimento se dá primeiramente como uma modalidade de formação pós-graduada. Dirigida inicialmente aos médicos, na década de 1920, a formação em saúde pública foi progressivamente incorporando outras profissões em seu interior. Desse período aos dias de hoje, o escopo de formação na área em muito se ampliou, tanto no *lato* quanto no *stricto sensu*, possibilitado não só pela expansão dos cursos de especialização em todo o país como pela criação de residências médicas e multiprofissionais, de mestrados e doutorados.

A formação graduada em saúde coletiva, contudo, a despeito de ter sua discussão iniciada há cerca de vinte anos e de se constituir como um anseio de alguns dos órgãos formadores atuantes no campo, só veio a se concretizar em período bem recente.

Para Bosi e Paim (2009: 236),

> O SUS precisa de um graduado em Saúde Coletiva com perfil profissional que o qualifique como *um ator estratégico* e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em saúde coletiva. (grifo dos autores)

Não se pode deixar de mencionar aqui a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979, e sua importância fundamental na divulgação e na disseminação da formação em saúde coletiva, em suas diferentes modalidades em todo o Brasil. Ressalte-se a criação em seu interior de dois importantes fóruns de discussão da formação na área – o de coordenadores de cursos de pós-graduação e, mais recentemente, o de coordenadores de cursos de graduação, genericamente denominados de Graduação em Saúde Coletiva.

3) A expansão da educação a distância em saúde

A expansão da educação a distância no ensino superior faz parte das estratégias lançadas pelo governo federal nos últimos anos para aumentar a inclusão universitária. O carro-chefe dessa expansão é o programa Universidade Aberta do Brasil (UAB), cujo objetivo é expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no país. Assim como a UNA-SUS, a UAB é um sistema integrado por instituições de ensino públicas.

A **Universidade Aberta do Brasil** (**UAB**) não deve ser confundida com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Apesar do nome parecido e da possibilidade de elas trabalharem de forma cooperativa em algumas situações, são políticas distintas: a primeira está sob a responsabilidade do Ministério da Educação e enfatiza os cursos de graduação, enquanto a segunda está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, voltando-se a iniciativas de pós-graduação e capacitações para os trabalhadores de saúde.
Para mais informações, consulte o *site*: <http://uab.capes.gov.br/index.php>.

O ensino a distância em saúde ministrado na forma exclusiva tem limitações óbvias: as profissões de saúde requerem uma alta carga de ensino prático. Embora os cursos de graduação a distância vinculados à UAB contem com polos de apoio presencial, mantidos pelo poder municipal e que possuem infraestrutura para momentos práticos, como laboratórios, ainda assim será impossível à maioria das profissões de saúde ter uma formação baseada em cursos com poucos momentos presenciais. No entanto, a educação a distância pode ser benéfica como estratégia complementar de ensino se mesclada a cursos presenciais.

Finalizando, pode-se dizer que, por trás de todas as mudanças e desafios aqui analisados, está o maior de todos: a formação de profissionais com capacidade de reflexão sobre o meio em que vivem; que aprendam a aprender; que adotem uma postura crítica em relação ao seu trabalho e ao conhecimento apreendido; que saibam integrar diferentes conhecimentos no planejamento de ações em saúde e valorizar o trabalho em equipe; e, sobretudo, que saibam exercer o seu ofício com ética, humanidade e respeito ao próximo, estendendo sua dedicação além da cura individual e em direção à prevenção, reabilitação e promoção da saúde de toda a comunidade.

Leituras recomendadas

ALMEIDA, M. J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 25(2): 42-52, 2001.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. & LLANOS, M. (Orgs.) *A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. 2 v.

ARRUDA, B. K. G. *A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, F. E. *et al*. Caminhos para aproximar a formação dos profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 25(2): 53-59, 2001.

LAMPERT, J. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia de escolas*. Rio de Janeiro: Hucitec, Abem, 2002.

VIEIRA, A. L. S. *et al*. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: MS, 2004.

Sites de Interesse

Council on Graduate Medical Education (COGME): www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/cogme/index.html

Universidade Aberta do Brasil (UAB): http://uab.capes.gov.br

Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS): www.unasus.gov.br

PET-Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597

Pró-Saúde: www.prosaude.org

Reuni: http://reuni.mec.gov.br

Referências

BOELEN, C. (Ed.) *Towards Unity for Health (TUFH): challenges and opportunities for partnership in health development*. Working paper. Genebra: WHO, 2000. Disponível em: <www.who.int/hrh/documents/en/TUFH_challenges.pdf>. Acesso em: 27 set. 2012.

BOSI, M. L. M. & PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2): 236-237, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Site*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso em: 27 set. 2012.

CAMPOS, F. E. La equidad y la relación entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad. *Educación Superior y Sociedad*, 7(2): 5-12, 1997.

CAMPOS, F. E. & AGUIAR, R. A. T. Atenção básica e reforma curricular. *In*: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Ed. Unicamp, 2002.

CUNHA, L. A. Desenvolvimento desigual e combinado no ensino superior: Estado e mercado. *Educação & Sociedade*, 25(88): 795-817, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302004000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 abr. 2006.

DIXON, A. Problem-based learning: old wine in new bottles? *In*: TAN O. S. *et al.* (Eds.) *Problem-Based Learning: educational innovation across disciplines*. Singapore: Temasek Centre for Problem-Based Learning, 2000. Disponível em: <www.tp.edu.sg/pbl_anthonydixon.pdf>. Acesso em: 6 set. 2012.

EBERT, R. H. & GINZBERG, E. The reform of medical education. *Health Affairs*, 7(supl. 2): 5-38, 1988.

GARCÍA, J. C. *La Educación Médica en la América Latina*. Washington: OPS, 1972. (Publicación Científica n. 255).

GREEN, L. A. *et al.* The ecology of medical care revisited. *The New England Journal of Medicine*, 344: 2.021-2.025, 2001.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, 44(3): 383-393, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Censo da Educação Superior (1995-2009)*. Brasília: Inep, 2010. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/microdados-do-censo-da-educacao-superior>. Acesso em: 27 set. 2012.

KUHN, T. S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

PACHANE, G. G. & PEREIRA, E. M. A. A importância da formação didático-pedagógica e a construção de um novo perfil para docentes universitários. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33(1): 1-13, 2004.

RUEF, M. For whom the bell tolls: ecological perspectives on industrial decline and emergence. *Industrial and Corporate Change*, 13(1): 61-89, 2002.

SOUSA, M. R. C. *Filosofia, Educação e Formação Médica: políticas de saúde, diretrizes curriculares e necessidades sociais*, 2003. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F. & GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 2(265): 885-892, 1961.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME). *Basic Medical Education: WFME global standards for quality improvement*. Copenhagen: WFME, 2003. Disponível em: <www.wfme.org/standards/bme>. Acesso em: 27 set. 2012.

30. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas

Andrey Moreira Cardoso
Ricardo Ventura Santos
Luiza Garnelo
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Maria de Betania Garcia Chaves

No Brasil, há pouco mais de duas centenas de etnias indígenas, que se encontram distribuídas por praticamente todos os estados do país. São povos culturalmente diferenciados em relação à sociedade nacional envolvente e também entre si, com cosmologias, línguas, formas de subsistência, organização social e sistemas políticos próprios. Em contraste com essa notável sociodiversidade, os indígenas no Brasil constituem menos de 1% do contingente populacional total do país, mas se encontram em franco crescimento demográfico na maioria dos estados (Pagliaro, Azevedo & Santos, 2005).

Desde a chegada dos europeus ao Brasil, no século XVI, a magnitude da desestruturação demográfica e sociocultural dos povos indígenas associada foi expressiva. Em décadas mais recentes, são evidenciadas novas e profundas alterações que englobam desde acelerada recuperação demográfica, com taxas de crescimento muito superiores às das populações não indígenas, até transformações no perfil epidemiológico. Como em outras partes do mundo, as doenças infecciosas ocupam uma posição diferenciada na história da saúde desses povos, mas há uma nítida emergência das causas externas (acidentes, violência etc.) e doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão e diabetes *mellitus*. Essas mudanças ocorrem concomitantemente ao estabelecimento de novas formas de relação com o Estado e com a sociedade envolvente, acompanhadas de conquistas e garantias de direitos sociais (Coimbra Jr. *et al.*, 2002; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon & Garnelo, 2004; Santos & Coimbra Jr., 2003; Garnelo, 2006).

Historicamente, as políticas indigenistas implementadas pelo Estado brasileiro caracterizaram-se por forte discurso assimilacionista, fundado na premissa de que os povos indígenas iriam desaparecer como sociedades culturalmente diferenciadas, amalgamando-se com a sociedade nacional brasileira. A partir dos anos 1980, observam-se mudanças substanciais nas bases ideológicas das políticas públicas voltadas para os povos indígenas. Essa nova perspectiva, expressa na Constituição Federal de 1988, garante o reconhecimento e o respeito à sociodiversidade indígena no Brasil (Barroso-Hoffman *et al.*, 2004; Souza Lima & Barroso-Hoffman, 2002).

Tal conjuntura tem reflexos em diversas políticas sociais, como a de saúde. Neste campo, desde 1999 vem sendo implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, concebida como um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS) e operacionalizada no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Como veremos, um dos grandes desafios na implementação do modelo de atenção à saúde indígena é estruturá-lo adequadamente – atendendo às necessidades de centenas de milhares de usuários e congregando a ação coordenada de agências governamentais e não governamentais – sem perder de vista a sociodiversidade indígena existente no país, bem como o respeito ao pluralismo cultural.

Neste capítulo faz-se uma apresentação panorâmica da legislação que regulamenta os direitos dos povos indígenas, com ênfase na questão da saúde; traça-se um perfil sintético das condições de vida e saúde, gerado de informações disponíveis nas bases nacionais de dados, em documentos oficiais e em resultados de pesquisas específicas. Finaliza-se com uma discussão sobre a política de saúde indígena, analisando sua história e as perspectivas atuais da atenção à saúde indígena no país.

Povos indígenas no Brasil

Segundo a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, conhecida como Estatuto do Índio (lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973), "[índio] é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional". Além disso, nessa mesma lei define-se que "comunidade indígena ou grupo tribal é um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados" (Brasil, 1973).

Atualmente, o Estatuto do Índio continua a ser a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, mas é considerado superado em vários pontos, dentre os quais a ênfase na integração dos povos indígenas à sociedade nacional. Ou seja, o Estatuto pressupõe que, com o passar do tempo, as sociedades indígenas deixariam de existir como povos diferenciados. Vale frisar que, há duas décadas, encontra-se tramitando no Congresso Nacional o chamado Estatuto dos Povos Indígenas que, espera-se, virá substituir o Estatuto do Índio, atualizando a lei ordinária à luz dos novos valores que vigoram na sociedade brasileira (Barroso-Hoffman *et al.*, 2004; Souza Lima & Barroso-Hoffman, 2002). No Quadro 1 são apresentadas algumas diferenças entre os dois dispositivos legais.

A Constituição Federal promulgada em 1988 dispõe de um capítulo específico sobre os povos indígenas. Nela há o reconhecimento de que o Estado precisa assegurar as condições para que eles possam viver à luz de seus próprios princípios culturais e sociais, sem a perspectiva, inexorável, de que virão a se integrar na sociedade nacional. Assim, no capítulo VIII, artigo 231, lê-se: "São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens".

Quadro 1 – Comparação entre dispositivos legais relativos à política indigenista no Brasil

Estatuto do Índio Lei n. 6.001/1973	Estatuto dos Povos Indígenas Projeto de lei n. 2.057/1991
Produzido no período da ditadura militar, no início dos anos 70. Povos indígenas vistos como obstáculo ao desenvolvimento do país.	Produzido no período pós-Constituição de 1988. Orientado pela busca de relações mais justas com as sociedades indígenas, entendidas como sujeitos políticos com direito à autodeterminação.
Conceitos importantes: tutela; perda cultural; assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional brasileira; relativa incapacidade jurídico-política dos indígenas.	Conceitos importantes: autodeterminação jurídica e política das sociedades indígenas; direitos ancestrais à terra e à diferença cultural; autoidentificação e gestão comunitária de patrimônio cultural e ambiental.
Direito à saúde: sob a responsabilidade do órgão tutor (Fundação Nacional do Índio – Funai), por meio do modelo de equipe volante de saúde (EVS); não prevê formas de controle social das ações de saúde.	Direito à saúde: sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e no âmbito do SUS, na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas; prevê participação comunitária por meio de conselhos de saúde.

Fonte: Brasil, 1973, 1991.

No Brasil, portanto, o critério para ser considerado indígena é o da autoidentificação, simultaneamente ao reconhecimento da condição de 'indígena' por parte de uma dada coletividade social. Nessas circunstâncias, o relato de pertencimento a uma etnia pode variar de acordo com conjunturas locais, resultando em flutuações populacionais consideradas bruscas do ponto de vista demográfico. Além disso, ainda que tenha sido estabelecido um critério para definição de indígena nacionalmente, há outras formas de classificação descritas, que incluem a residência em áreas rurais, aldeias e terras indígenas, a fala da língua materna, por exemplo, que acabam sendo incorporadas pelas instituições que trabalham com a questão indígena, de modo concomitante à autoclassificação, resultando em recortes particulares no contingente populacional com o qual trabalham. Essas situações, na prática, se traduzem em multiplicidade de informações sobre o tamanho e a composição demográfica da população indígena no país, a depender da fonte de informação e da instituição que gera o dado.

Autoidentificação (ou autodeclaração)
Ocorre quando o pertencimento étnico ou racial é informado pelo próprio indivíduo. Por exemplo, no caso dos levantamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo os censos demográficos a cada dez anos, os entrevistadores indagam 'qual é a sua cor/raça?', oferecendo aos entrevistados as opções branca, preto, parda, amarela e indígena.

Para a Fundação Nacional do Índio (Funai), por exemplo, a estimativa do número de indígenas que residem em aldeias situadas nas terras indígenas corresponde a aproximadamente 460 mil pessoas. Ainda segundo esse órgão, é possível que existam entre 100 mil e 190 mil indígenas que residem fora das terras indígenas. Portanto, para a Funai (2011), a população indígena total do país está entre 560 mil e 650 mil pessoas (Funai, 2011). Os resultados do Censo Demográfico de 2010, conduzido pelo IBGE, evidenciaram um total de 818 mil pessoas no Brasil que se autodeclararam indígenas, enquanto em 2000 eram 734 mil (IBGE, 2005; Santos & Teixeira, 2011). Observam-se, portanto, diferenças entre as estimativas da Funai e os resultados do censo do IBGE. Ainda assim, a proporção da população indígena no Brasil em relação ao total da população nacional, a despeito das fontes, permanece baixa, inferior a 1,0%, como mencionado.

A maior parte dos povos indígenas no Brasil apresenta reduzido tamanho populacional, em geral na casa das poucas centenas de pessoas. Constituem o que os antropólogos, do ponto de vista demográfico, denominam 'microssociedades', ou seja, povos com contingentes populacionais de pequeno tamanho. Estima-se que, dos 225 povos indígenas no país, 50%

têm uma população com até 500 pessoas, 40% entre 500 e 5 mil, menos de 10% entre 5 mil e 20 mil e apenas quatro povos mais de 20 mil (Azevedo, 2006).

A diversidade social e cultural dos povos indígenas manifesta-se em múltiplos aspectos. Conforme assinalam os antropólogos, chama-se de 'indígenas' um conjunto de povos altamente diferenciados entre si. Com este termo, segundo Melatti (1987: 19-20),

> os conquistadores rotulavam as populações mais diversas desde o norte até o sul do continente americano. Tais populações diferiam umas das outras tanto no aspecto físico como nas suas tradições. Membros de sociedades tão distintas como os Incas e os Tupinambá, que falam línguas completamente diferentes, que tinham os costumes mais diversos (...), eram tanto uns como os outros incluídos na mesma categoria: índios. Nada, pois, havia de comum entre as populações americanas que justificasse serem denominadas por um único termo, índios, a não ser o fato de não serem europeus.

São reconhecidas aproximadamente 180 diferentes línguas indígenas no Brasil, o que faz com que seja, do ponto de vista linguístico, uma das mais ricas e diversificadas regiões do mundo. É possível que em 1500 fossem faladas mais de mil diferentes línguas indígenas. Essa mesma diversidade encontrava paralelo no plano da ecologia, da economia, da política, da cosmologia, da vida ritual e assim por diante.

É importante enfatizar que a trajetória de contato e interação dos povos indígenas com a sociedade nacional é também bastante diversificada. Há desde povos que estão em contato com os não índios há vários séculos, como no Nordeste, no Sul e no Sudeste do país, até outros cujo contato é bem mais recente, datando, por exemplo, da expansão contemporânea das frentes econômicas e demográficas na região amazônica. Essas diferenças têm influências sobre os padrões de subsistência, relações econômicas e políticas, dimensão e grau de preservação dos territórios, entre muitos outros aspectos.

Para refletir
Por que os antropólogos afirmam que os povos indígenas se caracterizam por elevada sociodiversidade? Como isso se reflete do ponto de vista das línguas faladas, da demografia e de outros aspectos ligados à cultura e à sociedade?

Saúde indígena em transição

Os povos indígenas apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país. Com base nos dados disponíveis não é possível traçar, de forma satisfatória e ampla, os perfis epidemiológicos dos povos indígenas, uma vez que estão ausentes os elementos qualiquantitativos necessários para embasar análises minimamente aprofundadas (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003).

Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas os colocam em desvantagem ante outros segmentos da população brasileira. É o próprio Ministério da Saúde que corrobora esse diagnóstico:

> Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais (...). Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas

> situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis. (Funasa, 2002: 10)

Passados vários anos desde o início da implantação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (em 1999), sobre a qual discorremos mais adiante, esse cenário continua predominante.

Conforme aponta o relatório anual de atividades de atenção integral à saúde indígena de 2007 (Funasa, 2008), após sete anos de implantação dessa política, foram registrados impactos positivos nos principais indicadores epidemiológicos. Entretanto, tais indicadores se mantêm desfavoráveis aos indígenas, quando comparados à população não indígena.

As causas mal definidas permanecem entre as primeiras causas de óbito em indígenas no país. As doenças infecciosas e parasitárias persistem como as mais proeminentes causas de adoecimento e de óbitos por causas definidas. A tuberculose se destaca como uma das principais endemias nessas populações, com coeficientes de incidência de 101,1 por 100 mil em 2006, substancialmente superiores às médias nacionais (Funasa, 2008). A malária constitui outra endemia amplamente presente nas terras indígenas, sobretudo na Amazônia. Concomitantemente, as infecções respiratórias agudas e as diarreias são as principais causas de hospitalização e morte nas crianças menores de 5 anos.

Dados de 2006 referentes à mortalidade em menores de 1 ano indicam que quase um quarto dos óbitos infantis não tem causa definida (21,8%); a segunda causa mais relevante é representada pelas doenças do aparelho respiratório (21,5%), seguidas pelas afecções do período perinatal (13,6%), doenças infecciosas e parasitárias (10,4%) e causas externas (10,2%) (Funasa, 2008). A mortalidade infantil indígena é composta predominantemente por óbitos no período pós-neonatal (28 a 364 dias de vida), no qual se concentram as causas relacionadas às condições ambientais inadequadas, às más condições de vida e restrições no acesso e na qualidade da atenção à saúde. Foi descrita uma tendência de incremento desse componente da mortalidade infantil, que correspondeu a 72% dos óbitos infantis indígenas, em 2006 (Funasa, 2008).

Um recente estudo de base populacional realizado com 6.483 indígenas de 83 aldeias Guarani no Sul e no Sudeste do Brasil revelou que no período de 2007-2008 a maior parte das hospitalizações (64,6% na população geral Guarani; 77,6% nos menores de 5 anos e 83,0% nos menores de 1 ano) foi decorrente de doenças do aparelho respiratório (capítulo X da Classificação Internacional de Doenças – CID – 10), sobretudo infecções respiratórias agudas (Cardoso, Coimbra Jr. & Tavares, 2010). Nessa mesma população e nesse mesmo período, as taxas de mortalidade em menores de 5 anos (44,5/1.000 nascidos vivos) e em menores de 1 ano (29,6/1.000 nascidos vivos) foram elevadas, superando em pelo menos duas vezes as taxas correspondentes nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Verificou-se ainda que 15,8%, 22,2% e 16,7% dos óbitos na população total Guarani, em menores de cinco anos e em menores de um ano, respectivamente, foram devidos a causas mal definidas. As taxas de mortalidade por doenças do aparelho respiratório foram as mais elevadas, correspondendo a 24,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos e a 71,4% dos óbitos em menores de 5 anos, e a 17,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos e a 70,0% dos óbitos em

menores de um ano. A maioria das causas de óbitos Guarani foi considerada evitável ou reduzível por intervenções disponíveis no SUS (Cardoso *et al.*, 2011).

Atualmente, o problema alimentar e nutricional é um tema central das discussões sobre a saúde indígena, com grande visibilidade nos meios de comunicação. Desde os anos 1970, vêm sendo realizados amplos e detalhados levantamentos sobre as condições de alimentação e nutrição da população brasileira, mas não há equivalente para as minorias étnicas. Nos últimos anos, houve um substancial crescimento no número de pesquisas sobre as condições nutricionais dos povos indígenas no país, ainda que relativamente restritas a algumas etnias e regiões. Essa focalização dos estudos sobre alimentação e nutrição em povos indígenas implica limitações para generalização dos resultados. Não obstante, tais estudos indicam que as pressões exercidas pela expansão dos projetos de colonização rural, empresas agropecuárias, garimpos e indústria extrativista, aliadas a ambientes degradados, comprometem seriamente sua segurança alimentar e saúde geral.

Para cobrir essa enorme lacuna de conhecimento sobre a saúde dos povos indígenas, foi realizado em 2008/2009 o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, uma realização da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), com apoio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Inquérito foi financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), executado por uma parceria entre a Abrasco e o Instituto de Estudos Iberoamericanos, da Universidade de Gotemburgo, na Suécia, e teve por objetivo descrever a situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças e mulheres indígenas no Brasil. É a primeira vez que se tem, para os povos indígenas do país como um todo, uma pesquisa de base populacional e estatisticamente representativa para as diversas macrorregiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste.

Com foco nas crianças menores de 60 meses de idade e nas mulheres entre 14 e 49 anos, essa investigação, que coletou dados de uma amostra de 6.707 mulheres e 6.285 crianças residentes em 5.277 domicílios, distribuídos por 113 aldeias localizadas em todas as macrorregiões do país, se constitui em um esforço de pesquisa sem paralelo na história da saúde indígena no país, por sua magnitude e abrangência.

Foram verificadas elevadas prevalências de sobrepeso (30,2%) e obesidade (15,7%) em mulheres indígenas. Além disso, doenças crônicas não transmissíveis atingem, de forma desigual, mulheres nas diferentes macrorregiões, como pode ser visto com relação às prevalências de hipertensão arterial (Brasil: 13,1%; N: 3,8%; CO: 17,2%; NE: 11,3%; S/SE: 17,3%) e de glicemia casual indicativa de diabetes *mellitus* (Brasil: 1,2%; N: 0,5%; CO: 1,3%; NE: 1,0%; S/SE: 1,2%). No Centro-Oeste e no Sul/Sudeste, a hipertensão arterial já se apresenta como uma questão de saúde importante para as mulheres indígenas. Também foi verificado que a anemia (32,7%) é um sério problema de saúde pública, alcançando níveis alarmantes e muito superiores aos que vêm sendo descritos em pesquisas para a população brasileira em geral.

Para as crianças menores de 5 anos, foram verificadas elevadas proporções de hospitalizações em razão de infecção respiratória e de diarreia nos 12 meses anteriores à entrevista. Os resultados do inquérito confirmam, em uma escala nacional, que de fato a desnutrição, mensurada pelo indicador baixa estatura para idade, é um problema de grande magnitude, atingindo uma em cada três crianças indígenas no Brasil. Nas crianças indígenas residentes na macrorregião Norte, as prevalências foram de mais de 40%. Se compararmos esses achados

com aqueles entre crianças não indígenas, veremos que, para estas, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 indicou 10,5% de déficit de crescimento. Ao se olhar para outros parâmetros nutricionais, como anemia, que alcança mais de 50% das crianças, fica evidente a precária situação nutricional das crianças indígenas.

O inquérito mostra ainda que a tuberculose permanece como um importante agravo entre os indígenas em todo o país, assim como a malária, principalmente nas populações que vivem na região Norte, no oeste do Maranhão e no norte da região Centro-Oeste, que corresponde à área em território brasileiro na qual se concentra aproximadamente 60% da população indígena no Brasil.

Em parte, esses achados podem ser atribuídos a mudanças alimentares, com a redução do consumo de alimentos tradicionais em favor dos alimentos industrializados e mesmo de cultivos introduzidos. Simultaneamente às mudanças na alimentação, verifica-se também tendência à redução da frequência e da intensidade da atividade física, possivelmente decorrente de alterações importantes nas estratégias de subsistência e nos padrões de assentamento. Condições precárias de saneamento e habitação, assim como baixa cobertura e qualidade dos serviços de saúde, interagem, levando ao agravamento e à deterioração das condições nutricionais das comunidades indígenas, em especial das crianças. Sem água potável e destino adequado dos dejetos nas aldeias, aumenta a incidência de diarreias e de outras doenças infecciosas e parasitárias. Durante episódios de doença, o estado nutricional é com frequência comprometido. Por sua vez, uma criança desnutrida adoece mais facilmente, e, quando isso ocorre, tende a apresentar um quadro clínico mais grave, com maior risco de morte.

Os dados dessa recente pesquisa refletem uma progressiva e importante mudança no perfil epidemiológico das populações indígenas, em que as doenças crônicas não transmissíveis começam a assumir um papel expressivo. Eles também chamam a atenção para um aspecto peculiar ao processo da transição entre os indígenas, que diverge da tendência observada na população brasileira geral – a permanência das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morbimortalidade, apesar da emergência das doenças crônicas não transmissíveis.

A questão fundiária, como referido anteriormente, constitui outra dimensão fundamental para a compreensão das condições de saúde e nutrição dos povos indígenas. É inquestionável que, nas últimas décadas, houve avanço considerável na regularização da situação das terras indígenas, embora ainda haja muito a fazer. Um ponto crucial é que as dimensões das terras indígenas, sobretudo nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste, e em parte do Centro-Oeste, são bastante reduzidas em relação às necessidades das comunidades. Como exemplo, podem-se citar os Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, que vivem uma situação de extrema restrição territorial, com graves consequências para sua condição alimentar. Deve-se ressaltar ainda que, além da terra, a disponibilidade de alternativas econômicas congruentes com os anseios das comunidades e com a preservação ambiental é aspecto imprescindível na manutenção da saúde e da nutrição adequadas.

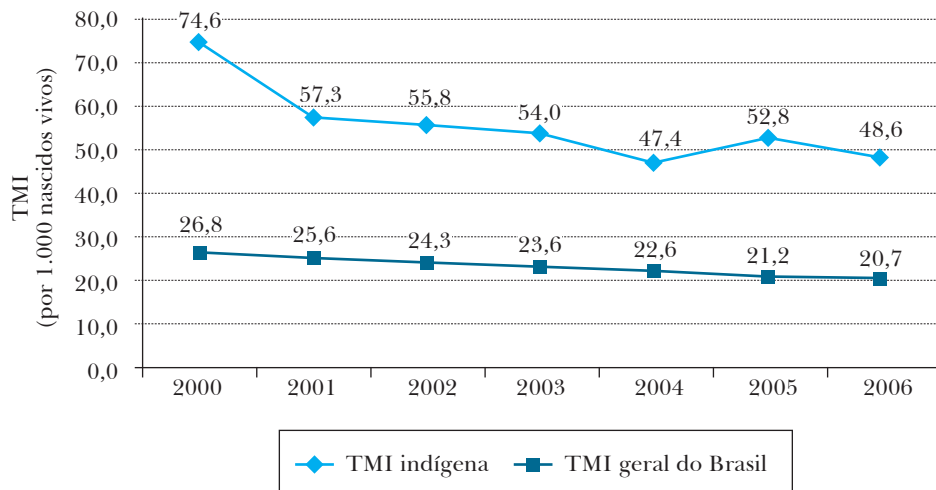
Um importante indicador das condições de vida de uma população é a taxa de mortalidade infantil (TMI). Ao se analisarem as TMI com base nos dados reportados pela Funasa, há necessidade de redobrada atenção, uma vez que a qualidade dos registros deixa a desejar, particularmente por causa do sub-registro de nascimentos e mortes. Feitas essas ressalvas,

Para conhecer as principais causas de morte e a evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, consulte o capítulo 5, sobre condições de saúde da população brasileira.

os dados disponíveis sugerem uma redução da TMI indígena no Brasil no período de 2000-2006. Não obstante, se houve uma queda mais acentuada entre 2000 e 2001 (de 74,6 para 57,3 por mil), a taxa manteve-se praticamente inalterada no período de 2001-2006, com seu valor mais baixo em 2004 e sempre muito elevada: mais do que o dobro da média nacional em todo o período descrito (Gráfico 1).

Análises recentes confirmam as disparidades que caracterizam a mortalidade infantil indígena em relação à de outros segmentos da sociedade brasileira (Cardoso, Santos & Coimbra Jr., 2005; IBGE, 2005; Pagliaro, Azevedo & Santos, 2005; Cardoso *et al.*, 2011).

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade infantil (TMI) em povos indígenas e na população nacional. Brasil – 2000-2006

TMI (por 1.000 nascidos vivos)
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006
TMI indígena: 74,6 57,3 55,8 54,0 47,4 52,8 48,6
TMI geral do Brasil: 26,8 25,6 24,3 23,6 22,6 21,2 20,7

Fonte: Adaptado de Funasa, 2008.

Em síntese, como se pode observar no Gráfico 1, desde a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, registrou-se uma tendência de redução da mortalidade infantil indígena no Brasil. Entretanto, verifica-se uma desaceleração (ou estabilização) dessa queda nos últimos anos, além de os valores observados nas TMI indígenas se manterem superiores aos registrados para a sociedade nacional.

Tal situação pode ser atribuída a uma série de fatores que ainda necessitam ser mais bem caracterizados. Dentre eles podem ser mencionados o impacto insuficiente da atenção à saúde provida no Subsistema de Saúde Indígena, ligado à elevada rotatividade e descontinuidade da presença de profissionais da saúde nas áreas indígenas; a elevada complexidade e diversidade dos cenários locais, dificultando a organização adequada dos serviços de saúde indígena; a baixa articulação com os outros níveis de complexidade da atenção no SUS; a irregularidade e as falhas na notificação de eventos vitais; as condições sanitárias inadequadas em aldeias e terras indígenas; a insegurança alimentar e outras questões ligadas à posse e ao uso da terra.

Uma dimensão pouco conhecida da epidemiologia dos povos indígenas, e com amplos impactos no presente e no futuro, diz respeito à supracitada emergência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e câncer.

O surgimento desse grupo de doenças está estreitamente associado a modificações na subsistência, dieta e atividade física, dentre outros fatores, acopladas a mudanças socioculturais e econômicas. Verifica-se que, concomitantemente à emergência de doenças crônicas não transmissíveis, há um crescente número de relatos sobre a ocorrência de suicídio e drogadicção, especialmente o uso prejudicial do álcool. Observa-se ainda aumento importante das mortes por causas externas, sejam estas ocasionadas por acidentes automobilísticos ou uso de maquinário agrícola, sejam também por violência (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon & Garnelo, 2004; Santos & Coimbra Jr., 2003).

O conhecimento do perfil epidemiológico em transição dos povos indígenas, considerando a grande diversidade étnica que os caracteriza, reveste-se de suma importância para orientar a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Em geral, esses serviços encontram-se voltados para lidar com determinados grupos de doenças, sobretudo as infecciosas e parasitárias, que, historicamente, têm (ou tiveram) maior peso na morbidade e na mortalidade indígenas.

A trajetória da atenção à saúde indígena

Ainda que no início do século XX, em 1918, tenha sido criado um órgão específico para lidar com a questão indígena no país (o Serviço de Proteção aos Índios – SPI), somente décadas depois foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas uma oferta regular de serviços de saúde. A iniciativa mais estruturada nessa direção resultou da atuação do médico Noel Nutels, que se aproximou da realidade indígena a partir de sua participação na expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central (FBC) na década de 1940. Na ocasião, Nutels visitou os Xavante no rio das Mortes, assim como algumas aldeias do Alto Xingu e da ilha do Bananal, no rio Araguaia, ficando alarmado com a situação da tuberculose (Coimbra Jr. *et al.*, 2002; Costa, 1987).

Em 1952, Nutels elaborou um plano para a defesa do índio brasileiro contra a tuberculose, no qual destacou a importância da criação de barreiras sanitárias no entorno dos territórios indígenas. Dessa forma, aqueles que ingressassem em terras indígenas seriam submetidos a rigoroso controle de saúde, com ênfase nas doenças contagiosas. Nutels frisava que os problemas de saúde dos índios estavam intimamente relacionados com as condições gerais de pobreza e saúde reinantes na área rural do país. Reconhecendo a importância das doenças endêmicas (malária, tuberculose, hanseníase, entre outras), que poderiam ser facilmente transmitidas aos indígenas, o plano de Nutels incluía a implementação de medidas sociais amplas, que não se restringiam a intervenções médico-curativas nem eram exclusivas para os povos indígenas (Coimbra Jr. *et al.*, 2002).

Embora o plano de Nutels tenha sido bem recebido pelo Ministério da Saúde, somente foi posto em ação em 1956, com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose. Uma vez estabelecido, rapidamente expandiu suas operações para além do campo de ação da FBC, alcançando indígenas em regiões tão diversas como o sul do Mato Grosso, o Alto Rio Negro e outras regiões da Amazônia. O trabalho das equipes do Susa enfatizava o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas endêmicas.

Apesar dos esforços do pequeno grupo de idealistas liderados por Nutels, o Susa padeceu de dificuldades decorrentes da extensão territorial do país, da insuficiência de

recursos e da complexidade da questão da saúde nacional e não conseguiu reverter a gravidade do quadro de saúde da população rural em geral, e da indígena, em particular. Não obstante, em algumas situações de surtos de doenças, a intervenção do Susa foi definidora, contribuindo para a redução da mortalidade.

Quando o SPI foi extinto, em 1967, e criou-se a Fundação Nacional do Índio (Funai), uma divisão de saúde foi implementada dentro da nova agência. Os serviços de saúde da Funai organizaram-se em torno do conceito que havia surgido com o Susa, de 'equipes volantes de saúde' (EVS), instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da Funai. Em tese, cada EVS deveria ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, e dispor de meios de transporte para levá-la a visitas periódicas às aldeias indígenas sob sua jurisdição. O suporte na cidade seria oferecido pelas Casas do Índio, que serviam para abrigar pacientes indígenas durante períodos de permanência na cidade por motivo de consulta, tratamento e convalescença. Ligadas aos postos da Funai, nas aldeias havia pequenas estruturas, designadas enfermarias, que, salvo exceções, na prática não passavam de precárias farmácias com estoque inconstante de medicamentos, sob a responsabilidade de um auxiliar de enfermagem.

Não obstante a palavra 'volante', que dava nome às equipes de saúde da Funai, sugerir velocidade e mobilidade, os custos operacionais das EVS eram altos e suas ações geralmente tinham baixo impacto do ponto de vista da saúde pública. Nas regiões de mais difícil acesso, era necessário fretar aviões e helicópteros. As equipes, que frequentemente não dispunham de medicamentos, nem do equipamento médico mais básico, também sofriam com uma escassez crônica de pessoal.

A assistência à saúde oferecida nas aldeias era de reduzida efetividade e, em larga medida, centrada na distribuição de medicamentos. As precárias condições de vida enfrentadas pelos funcionários nos postos da Funai, juntamente com os baixos salários, desencorajavam a permanência no órgão. Todos esses fatores levavam a uma alta rotatividade dos profissionais da saúde, tanto nos postos quanto nas EVS. Não raro, tratamentos de longa duração eram interrompidos, às vezes por muitos meses, até que um funcionário pudesse ser reposto. Tal situação era particularmente séria no caso da tuberculose, uma vez que interrupções constantes na medicação podem levar à resistência bacteriana. Com o passar do tempo, a falência do atendimento à saúde nas aldeias colocou sob crescente pressão as Casas do Índio nas cidades, cuja infraestrutura permaneceu constantemente sobrecarregada pelo influxo de grande número de pacientes.

Nas décadas de 1980 e 1990, a Funai passou por uma fase de grande instabilidade, enfrentando frequentes mudanças políticas e estruturais. O atendimento à saúde nas áreas indígenas tornou-se ainda mais desorganizado e esporádico. Nesse período, as medidas mais elementares de saúde, como vacinação, sofreram descontinuidade, com sérias implicações para a saúde indígena.

Os processos de gestão no campo da saúde indígena têm sido alvo de diversas iniciativas regulatórias dos órgãos de governo envolvidos com a temática (Quadro 2).

Quadro 2 – Principais marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil

Documentos	Assuntos
Decreto n. 23/1991	Transfere da Funai para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para os povos indígenas.
Decreto n. 1.141/1994	Constitui a Comissão Intersetorial (CIS) e devolve a coordenação da saúde indígena para a Funai, que fica responsável pelo componente curativo, enquanto o Ministério da Saúde se encarrega das ações de prevenção (revoga o decreto n. 23/1991).
Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com indicação sobre a especificidade dos povos indígenas.
Decreto n. 3.156/1999	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde.
Lei n. 9.836/1999 ou Lei Arouca	Institui, no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.
Portaria n. 852/1999 do Ministério da Saúde	Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).
Portaria n. 1.163/1999 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
Resolução n. 304 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova as Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos Específicas para a Área de Povos Indígenas
Portaria n. 479/2001 da Funasa	Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas.
Portaria n. 254/2002 do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
Portaria n. 2.405/2002 do Ministério da Saúde	Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas.
Portaria n. 70/2004 do Ministério da Saúde	Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.
Portaria n. 2.656/2007	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamenta os Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.
Portaria n. 475/2008	Inclui na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 72 – Unidade de Atenção à Saúde Indígena – e seus subtipos.
Portaria n. 3.034/2008	Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.
Medida provisória n. 483/2010	Estabelece a organização necessária à criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.
Decreto n. 7.336/2010	Institui a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde e define a transição da gestão da Funasa para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).
Portaria n. 3.841/2010	Autoriza os superintendentes estaduais da Funasa e os chefes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena, perante as Superintendências Estaduais da Funasa, a praticar atos referentes à saúde indígena (viabiliza a gestão da saúde indígena durante o período de transição).
Portaria GM/MS n. 3.965/2010	Aprova os regimentos internos dos órgãos do Ministério da Saúde (incluindo a Secretaria Especial de Saúde Indígena).
Decreto n. 7.530/2011	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde (revoga os decretos n. 7.336/2010 e n. 7.461/2011).

Fonte: Sesai, 2011.

Os instrumentos regulatórios dispostos no Quadro 2 representam apenas uma parcela de um universo muito mais amplo de dispositivos legais voltados para instituir normas de interação entre órgãos do nível federal de governo e destes com os demais níveis de gestão, estaduais, municipais e distritais. Uma leitura atenta de seu teor evidencia grande preocupação dos gestores com a criação e a regulamentação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, mas são poucos os instrumentos de gestão dirigidos à orientação das práticas sanitárias e à melhoria da qualidade e efetividade da atenção prestada no nível local. Tal opção na definição das estratégias de gestão tem implicações nas programações locais de saúde, as quais permanecem carentes de parâmetros claros, objetivos e adequados às singularidades locais, dificultando um planejamento ascendente, participativo e qualificado a equacionar os principais problemas e necessidades de saúde.

Com base nessa breve sistematização da trajetória da política de saúde indígena no século XX, fica evidente que, antes da instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, esta política setorial não estava devidamente estabelecida no país. As iniciativas planejadas e levadas a cabo pelo órgão indigenista eram isoladas, correndo em paralelo à saúde pública da população brasileira em geral. Em outras palavras, não havia integração entre os serviços, e na maioria das vezes os programas nacionais coordenados por setores do Ministério da Saúde não estendiam sua cobertura aos indígenas, já que a Funai centralizava todas as iniciativas no campo da saúde dos povos indígenas.

Para refletir

A atenção à saúde indígena é baseada em um modelo biomédico ocidental de cuidado, ainda que os povos indígenas tenham perspectivas próprias sobre as questões de saúde e doença. Quais são as implicações da introdução desse tipo de cuidado entre os povos indígenas?

Atenção à saúde indígena a partir de 1999

Em 1999, foi aprovada a lei n. 9.836 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. Este subsistema passou a responder pelas ações básicas de saúde nas áreas indígenas, de acordo com as diretrizes do SUS, devendo, portanto, se articular de forma hierarquizada e integrada aos demais níveis de complexidade do sistema nacional de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da Reforma Sanitária a ser implementada com o SUS. Essa conferência foi uma etapa importante do processo denominado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 70, e que formulou os princípios e diretrizes da reforma setorial da saúde no Brasil.

Saiba mais sobre a 8ª CNS e o processo de Reforma Sanitária nos capítulos 11 e 12.

Concomitantemente à 8ª CNS, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nessa oportunidade, recomendou-se que a saúde indígena fosse coordenada pelo Ministério da Saúde, tendo suas ações operacionalizadas por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. Essa perspectiva foi reafirmada durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando foi aprovado um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado – um subsistema de saúde articulado ao SUS – organizado em distritos sanitários especiais (Quadro 3).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001, teve como objetivo avaliar a implantação dos DSEI e discutir questões relativas à segurança alimentar e à autossustentação. Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, debateu o território dos DSEI como espaço de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições indígenas. Esta conferência, marcada pela polarização de posições entre indígenas e representantes institucionais, teve aprovada na plenária final a manutenção da Funasa como órgão gestor da saúde indígena, apesar da forte oposição de alguns setores indígenas durante a sua realização. Outro ponto muito relevante da discussão ali travada foi a reivindicação de autonomia política, financeira e técnico-administrativa para os DSEI.

Quadro 3 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena e principais objetivos

Ano	Conferência	Principais objetivos
1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, DF)	Propor e discutir diretrizes relativas à saúde indígena (emerge a proposta de diretrizes para um subsistema com a criação de uma secretaria)
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (Luziânia, Goiás)	Definir diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em conformidade com o SUS.
2001	3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Luziânia, Goiás)	Avaliar a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e discutir questões relativas à segurança alimentar e à autossustentação.
2006	4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Caldas Novas, Goiás).	Debater a produção da saúde, a proteção da vida e a valorização das tradições indígenas no território dos DSEI.

Fonte: Elaborado com base em Funasa, 2006, 2007.

É importante frisar que a mobilização em torno da elaboração de uma política de saúde indígena a partir de meados da década de 1980 se associou ao envolvimento de diversos órgãos públicos e organizações não governamentais, gerando uma dinâmica de extinção, criação e fusão de estruturas, com resultados por vezes conflituosos. Assim, as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio levaram à transferência, em 1991, pelo decreto ministerial n. 23/1991, da coordenação da saúde indígena da Funai, do Ministério da Justiça, para a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passou a ser responsável pela saúde indígena (Quadro 2).

Nesse contexto, se estabeleceu uma relação tensa entre a Funai e a FNS. Em 1994, o decreto n. 23 foi revogado, e pelo decreto ministerial n. 1.141/1994 a Funai retomou o controle das ações de saúde indígena. Foi estabelecido um impasse entre as duas instituições, o que resultou, no mesmo ano, na atribuição à FNS da responsabilidade pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos, cabendo à Funai as ações de assistência médico-sanitária. Em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a permanência da coordenação da saúde indígena no Ministério da Justiça, ao qual está vinculada a Funai.

A disputa entre instituições quanto à gestão da saúde indígena só foi superada com a aprovação da chamada Lei Arouca (n. 9.836/1999). Esta lei estabeleceu o Subsistema de Atenção

à Saúde Indígena, acrescentando dispositivos à lei n 8.080, que legislava, em termos gerais, sobre o direito à saúde da população indígena que vive em território brasileiro. Paulatinamente o subsistema foi estruturado na conformação atual, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde, o qual repassou para a Funasa (na época conhecida por FNS) a responsabilidade pela gestão e execução das ações de saúde. Ainda em 1999, o decreto n. 3.156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ao dispor sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS.

A partir de 2000, foram publicadas diversas portarias governamentais que tiveram por objetivo regulamentar aspectos específicos do funcionamento do atual modelo de atenção à saúde indígena. Nesse sentido, a portaria n. 70/2004 do Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, segundo as quais deve-se assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde. Segundo o mesmo dispositivo, o gestor federal deve considerar as realidades locais e as especificidades da cultura dos povos indígenas para organizar o modelo de atenção, orientado por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Em sua conformação mais recente, fruto das discussões travadas ao longo das várias Conferências Nacionais de Saúde Indígena, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Figuras 1 e 2). Ele deve funcionar articulado ao SUS, atendendo às seguintes condições: considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente mediante um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

São definidos como espaços étnico-culturais dinâmicos, geográficos, populacionais e administrativos bem delimitados, que não guardam relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS). Outros profissionais, de saúde ou não, podem atuar juntamente com a EMSI no território distrital, de acordo com a realidade local.

Cada DSEI dispõe de uma rede de serviços de saúde em seu território, que deve funcionar de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada ao restante da rede SUS (Figura 1). A rede de serviços de um DSEI prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em polos-base. Cada polo-base tem responsabilidade sobre um conjunto de aldeias localizadas em sua área de abrangência. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e a supervisão dos agentes indígenas de saúde. As casas de saúde do índio também integram a rede de referência do subsistema, servindo para abrigar os pacientes – assim como seus acompanhantes – e cuidar deles, durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias.

Quanto à execução das ações de atenção à saúde, estas podem ser realizadas de forma direta (pelo nível federal complementado pelos estados e municípios) ou indireta (por organizações não governamentais, organizações indígenas e, mais recentemente, fundações universitárias).

As etapas de organização e implantação dos DSEI envolveram um grande aporte de recursos humanos e financeiros. Entre 1999 e 2004, o orçamento federal para saúde indígena a cada ano variou de R$ 180 milhões a R$ 250 milhões, com uma aplicação anual *per capita* de aproximadamente R$ 500. Proporcionalmente, estima-se que esses valores representaram um investimento *per capita* três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003).

A consulta a informações mais recentes disponibilizadas pela Funasa sobre os recursos aplicados em saúde indígena confirmam a ideia de uma evolução positiva no crescimento do orçamento de saúde indígena (Tabela 1).

Tabela 1 – Evolução do Orçamento da Saúde Indígena (valores em R$). Brasil – 2003-2007

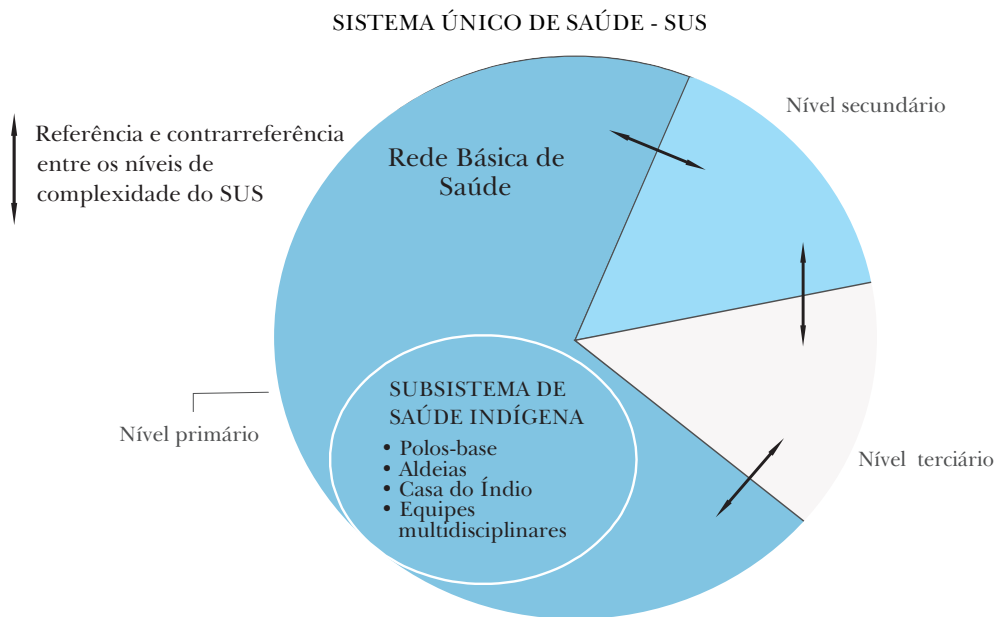
Fonte	2003	2004	2005	2006	2007
Funasa	136.892.000,00	181.968.740,00	219.502.706,34	296.994.353,39	328.257.894,38
SAS/MS*	61.707.348,00	74.665.255,00	115.329.232,00	164.441.614,00	175.948.668,00
Total	198.599.348,00	256.633.995,00	334.831.938,34	461.435.967,39	504.206.562,38

* Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

Fonte: SSL, IDS & Cebrap, 2008.

O financiamento dos DSEI é majoritariamente público, composto por recursos orçamentários do Ministério da Saúde, eventualmente complementados pelos estados e municípios em cujos territórios vivem povos indígenas. Eles podem receber também contribuições de organizações de cooperação mútua internacional e da iniciativa privada. A distribuição desses recursos é feita segundo critérios populacionais, perfil epidemiológico e características geográficas.

A organização da rede distrital de saúde indígena pressupõe sua integração com outros níveis de complexidade da atenção à saúde no SUS, a fim de garantir o princípio da integralidade da atenção (Figura 1).

Figura 1 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contrarreferência

Obs.: A figura retrata um modelo genérico, que pode não se aplicar exatamente a todas as realidades distritais existentes no país, já que o SUS (subsistema de saúde indígena e redes municipais e estaduais de saúde) possui distintos graus de implementação, organização e integração da rede de serviços, a depender da localidade.

Fonte: Modelo elaborado com base no documento Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Funasa, 2002) e na portaria n. 1.088/2005 do Ministério da Saúde (Brasil, 2005).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é composto de 34 DSEI (Figura 2), cuja atuação demanda esforços coordenados de diversas instituições, sob a direção do governo federal. A implementação das ações nos territórios distritais é feita por meio da força de trabalho contratada por sistemas municipais de saúde, entidades não governamentais e universitárias conveniadas com o poder público, e em alguns lugares conta com alguns poucos servidores federais que permaneceram atuando em saúde indígena nos últimos anos. Esse modelo misto de gestão mostra-se de difícil gerenciamento, produzindo-se conflitos de diversas ordens que dificultam a operacionalização de um modelo de assistência culturalmente adaptado às necessidades indígenas. Tal estado de coisas foi objeto de intensos debates na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006.

Figura 2 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

1 – Alagoas/Sergipe
2 – Altamira
3 – Alto Rio Juruá
4 – Alto Rio Negro
5 – Alto Rio Purus
6 – Alto Rio Solimões
7 – Amapá e Norte do Pará
8 – Araguaia
9 – Bahia
10 – Ceará
11 – Cuiabá
12 – Guamá-Tocantins
13 – Kayapó Mato Grosso
14 – Kayapó Pará
15 – Leste Roraima
16 – Médio Rio Solimões e afluentes
17 – Manaus
18 – Maranhão
19 – Mato Grosso do Sul
20 – Minas Gerais e Espírito Santo
21 – Médio Rio Purus
22 – Interior Sul
23 – Parintins
24 – Pernambuco
25 – Porto Velho
26 – Potiguara
27 – Rio Tapajós
28 – Litoral Sul
29 – Tocantins
30 – Vale do Javari
31 – Vilhena
32 – Xavante
33 – Xingu
34 – Yanomami

Fonte: Adaptado de Sesai, 2011.

O controle social no subsistema, no âmbito nacional, é viabilizado pelo Conselho Nacional de Saúde, que possui representação indígena e é assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), a qual tem função consultiva, sendo composta por representantes

da Funai, da Sesai, da área acadêmica, entre outras entidades, e de organizações indígenas. Localmente, esse controle deve ser exercido pelos conselhos distritais e locais de saúde indígena. Os conselhos distritais têm caráter deliberativo e composição paritária de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, e suas atribuições são: aprovar o plano distrital, avaliar a execução das ações de saúde e apreciar a prestação de contas dos órgãos executores. Os conselhos locais, de caráter consultivo, são compostos unicamente por representantes indígenas que vivem nas áreas de abrangência dos polos-base; eles têm como atribuições avaliar as ações e os serviços de saúde, indicar conselheiros para outras instâncias de controle social e atuar junto aos gestores locais para viabilizar a assistência à saúde.

Polos-base

Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, neste último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município.

Cada polo-base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe. Além de prestar assistência à saúde, é responsável pela capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde.

Os polos-base estão estruturados como unidades básicas de saúde e contam com atuação de equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta principalmente por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem.

Compare o controle social no subsistema de saúde indígena com as modalidades de participação social no SUS descritas no capítulo 28.

Em 2006, a portaria ministerial n. 644 instituiu o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde, instância de caráter consultivo, propositivo e analítico, que assessora desde então o órgão gestor do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Ainda no primeiro ano de implementação do subsistema, como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que visa à coleta, ao processamento e à análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura. Apesar de promissor, os relatórios produzidos pela Funasa a partir do Siasi permaneceram incapazes de fornecer informações consistentes sobre a situação de saúde dos povos indígenas no Brasil e suas tendências. As poucas análises do Siasi disponíveis são fortemente sugestivas de que os dados são de baixa confiabilidade (Sousa, Scatena & Santos, 2007; Souza & Santos, 2009). Além disso, as restrições ao acesso público do Siasi, desde sua implantação, agravaram o problema da crônica falta de dados e inviabilizaram análises que pudessem identificar inconsistências e pontos a serem melhorados, frustrando o papel esperado de fornecer informações confiáveis para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações da saúde (Sousa, Scatena & Santos, 2007).

Uma importante mudança de gestão política e administrativa do subsistema aconteceu em 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) no âmbito do Ministério da Saúde, por meio da medida provisória n. 483/2010 e do decreto n. 7.336/2010. Desse modo, o comando da política de saúde indígena passou da Funasa para o órgão recém-criado, a Sesai. Tal decisão decorreu de um crescente desgaste da imagem pública da Funasa, que ao longo dos últimos anos foi alvo de críticas e denúncias de cor-

rupção pela grande imprensa e pelos fóruns de defesa da causa indígena, particularmente as associações indígenas.

Após uma década de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS, a criação da Sesai gera novas expectativas de melhoria da qualidade e efetividade das ações de saúde produzidas no subsistema e de aprimoramento de seus processos de gestão. Particularmente com a publicação do decreto n. 7.336/2010, que regulamenta a autonomia de gestão administrativa e financeira dos DSEI, além do desenvolvimento de uma política de recursos humanos para a saúde indígena, espera-se um avanço expressivo na política de saúde indígena.

Para refletir
Que contextos históricos e políticos influenciaram as transformações, ao longo das últimas décadas, das políticas públicas voltadas para os povos indígenas no Brasil? E quanto às políticas em saúde, como foram essas transformações nos anos recentes?

Desafios da implementação do subsistema de atenção

Apesar do significativo aporte de investimentos financeiros, a insuficiência de recursos humanos apresentou-se como um dos maiores obstáculos para a implementação da política de saúde indígena. A alternativa encontrada para suprir a carência de pessoal para atuar nos DSEI, que foi, conforme já sinalizado, a terceirização (ou seja, a contratação de serviços de terceiros para execução das ações de saúde), tem representado um dos maiores obstáculos à efetivação do subsistema.

O processo de distritalização obteve avanços na extensão de cobertura e no financiamento da saúde indígena. Não obstante, apesar das diretrizes políticas do subsistema, é patente que o princípio de uma atenção 'culturalmente diferenciada' não tem sido posto em prática, somando-se a isso a irregularidade e a baixa qualidade dos serviços prestados. Alguns desses problemas decorrem de insuficiências da gestão, particularmente aquelas ligadas à rotatividade e à inadequação da formação dos recursos humanos às necessidades de gestão e atenção à saúde nos DSEI, bem como à inadequação do modelo dos convênios com ONGs para viabilizar uma provisão regular e organizada de serviços. Frise-se ainda que, em muitas áreas, praticamente o único prestador de serviços de saúde presente nas aldeias é o agente indígena de saúde, que, salvo exceção, carece de supervisão e treinamento continuado (Chaves, Cardoso & Almeida, 2006; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon, 2000).

Os significados do princípio da integralidade são analisados no capítulo 15. Consulte.

As práticas sanitárias na saúde indígena vêm se caracterizando pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações intersetoriais capazes de garantir, por exemplo, segurança alimentar e adequadas condições de saneamento, distanciando-se do princípio da integralidade (Garnelo, 2006).

Os documentos normativos do subsistema repetem princípios genéricos de ação que não se traduzem em atividades concretas nas programações anuais de atividades dos DSEI. Um exemplo diz respeito ao reconhecimento e ao fortalecimento dos sistemas de medicinas tradicionais e sua articulação com os serviços de saúde ofertados. Tal reconhecimento, embora recomendado, não se efetiva nas práticas cotidianas das equipes de saúde indígena. Além

disso, continuam a vigorar programações baseadas no modelo campanhista de assistência à saúde, caracterizadas pelo deslocamento irregular de equipes de saúde para as aldeias, nos moldes das antigas EVS. Essa estratégia impossibilita uma atenção contínua, integrada e capaz de responder às necessidades de saúde dos povos indígenas (Chaves, Cardoso & Almeida, 2006; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon, 2000).

Um desafio intersetorial é representado pelo impacto negativo dos convênios firmados entre a Funasa e as associações indígenas, o que ocorreu principalmente na Amazônia. Os convênios firmados com essas entidades sofreram os mesmos problemas que vêm inviabilizando a compra de serviços de terceiros para a execução das ações de saúde nos DSEI: flutuação no custeio e na estratégia de gestão do subsistema de saúde indígena; falta de um sistema de referência e contrarreferência organizado; carência de profissionais; falta de agilidade no repasse de recursos para os DSEI e para as entidades conveniadas, gerando conflitos trabalhistas e ônus políticos que recaem sobre as prestadoras de serviços, resultando em descrédito das conveniadas indígenas e em prejuízo de sua capacidade de mobilização política em defesa de seus direitos (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003). No entanto, a parceria contribuiu para superar o caráter tutelar das relações das instituições públicas com as sociedades indígenas, ainda que tenda a provocar um atrelamento de algumas entidades e lideranças indígenas às prioridades do poder público, as quais são, muitas vezes, incongruentes com as necessidades das populações representadas pelo movimento indígena (Garnelo & Sampaio, 2005).

Entre os principais desafios da Sesai, podem ser destacadas a construção da autonomia dos DSEI; a provisão, estabilidade e formação continuada de recursos humanos qualificados para a gestão e atenção à saúde indígena; a implementação de um modelo de atenção pautado na Estratégia Saúde Família e nas linhas de cuidado em saúde; a articulação satisfatória do subsistema com os outros níveis de complexidade do SUS (tanto na atenção quanto na gestão e no controle social); e a produção de informações oportunas e confiáveis relativas à saúde indígena que possam subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação do Subsistema de Saúde Indígena.

No Brasil, ao longo das últimas décadas, inquéritos de base populacional têm cada vez mais gerado informação em saúde, disponibilizando indicadores fundamentais à formulação e avaliação de políticas públicas e intervenções na saúde. Tais inquéritos têm contemplado temas fundamentais ao entendimento não apenas das principais tendências de morbidade e mortalidade, mas também no que se refere ao acesso e uso de serviços de saúde pelos diversos estratos socioeconômicos da população brasileira.

Conforme referido anteriormente, como parte das estratégias de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em 2008-2009 foi realizado o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Abrasco, 2009). Um importante desafio no futuro é, tal como tem sido feito para a população brasileira em geral, viabilizar a realização regular de inquéritos com representatividade nacional com foco nos povos indígenas, contemplando todas as faixas etárias. Juntamente com os dados oriundos de sistemas de informação, aqueles derivados desses inquéritos têm o potencial não somente de auxiliar na avaliação dos serviços e políticas de saúde como também de orientar melhor o planejamento, considerando as contínuas transformações no perfil de saúde e doença dos povos indígenas.

Para refletir
Como se organizam os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que constituem um dos elementos-chave do atual modelo de atenção à saúde indígena? A implantação desse modelo tem sido bem-sucedida?

Considerações finais

Nas últimas décadas, tem se observado um crescente movimento de reivindicação e conquista dos direitos indígenas, no bojo das lutas pela transformação da realidade sociopolítica e econômica do país, que incorporaram os ideais de cidadania, liberdade, direitos civis, democracia e redução das desigualdades sociais. Nesse contexto, as políticas voltadas para os povos indígenas têm tomado novos rumos, apoiadas no paradigma da especificidade, da diferença, da interculturalidade e da valorização da diversidade.

Mesmo após vários anos de implantação do novo modelo de atenção à saúde, continuam precários os conhecimentos disponíveis sobre o perfil de saúde/doença dos povos indígenas no Brasil. Desnecessário enfatizar que a existência de dados é de grande valia para fins do planejamento, execução e avaliação de serviços e de programas de saúde. Informações confiáveis são também imprescindíveis para viabilizar análises sobre as múltiplas e complexas inter-relações entre desigualdades sociais, processo saúde-doença e etnicidade. Mesmo diante da persistente "invisibilidade epidemiológica e demográfica" dos povos indígenas (Coimbra Jr. & Santos, 2000), em razão da restrita representatividade e da baixa qualidade dos dados disponíveis, os indicadores de saúde demonstram uma situação de maior vulnerabilidade desses grupos (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003).

O balanço do processo de implantação do subsistema sinaliza para avanços, mas também para a permanência e até mesmo para o agravamento de muitos problemas. Deve ser assinalado o reconhecimento, pelo poder público, da necessidade de se concretizar uma política específica de saúde para os povos indígenas, fundamental para ampliar o acesso dos indígenas à rede SUS. Porém, o modelo está longe de funcionar a contento, o que remete a dificuldades de várias ordens, incluindo a gerência, os recursos humanos e a articulação com os demais níveis do SUS. A baixa capacitação e a alta rotatividade dos recursos humanos permanecem como importantes entraves do modelo. Tampouco se vê, em ampla escala, a materialização dos princípios norteadores da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, como a integralidade da assistência e a provisão de atenção culturalmente diferenciada.

Leituras recomendadas

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2003.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LANGDON, J. & GARNELO, L. (Orgs.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abep, 2005.

SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMAN, M. B. (Orgs.) *Estado e Povos Indígenas: bases para uma política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

SOUZA LIMA, A. C. & HOFFMAN, M. B. (Orgs.) *Além da Tutela: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

Sites de interesse

Fundação Nacional do Índio: www.funai.gov.br

Instituto Socioambiental: www.socioambiental.org

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): www.ibge.gov.br

Museu do Índio: www.museudoindio.org.br

Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES (SSL); INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES (IDS) & CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). *Consultoria para Definição e Implementação de Metas e Modelos de Atenção, Organização, Gestão, Financiamento e Monitoramento & Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena: 2008/2009*, 2008. CD-ROM.

AZEVEDO, M. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. *In*: RICARDO, B. & RICARDO, F. (Orgs.) *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

BARROSO-HOFFMAN, M. *et al*. A administração pública e os povos indígenas. *In*: FALEIROS, V.; NUNES, S. & FLEURY, S. (Orgs.) *A Era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Inesc, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.088, de 5 de julho que dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 6.001 de 19 de dezembro de 1973. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm>. Acesso em: 20 set. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei n. 2.057 de 9 de novembro de 1991. Disponível em: <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17569>. Acesso em: 5 set. 2011.

CARDOSO, A. M.; COIMBRA JR., C. E. A. & TAVARES, F. G. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1): 21-34, 2010.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5): 1.602-1.608, 2005.

CARDOSO, A. M. *et al*. Mortality among Guarani Indians in Southeastern and Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(supl. 2): S222-S236, 2011.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M. & ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no polo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2): 295-305, 2006.

COIMBRA JR., C. E. A. & SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 125-132, 2000.

COIMBRA JR., C. E. A. *et al*. *The Xavante in Transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(4): 388-401, 1987.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Índios do Brasil. Disponível em: <www.funai.gov.br/indios/fr_conteudo.htm>. Acesso em: 5 set. 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Conferências Nacionais de Saúde Indígena: relatórios finais*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Relatório Anual de Atividades de Atenção Integral à Saúde Indígena – 2007*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2008.

GARNELO, L. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. *In*: SCHERER, E. & OLIVEIRA, J. A. (Orgs.) *Amazônia: políticas p*úblicas e *diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.217-1.223, 2005.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Tendências Demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

LANGDON, J. Salud y pueblos indígenas: los desafios en el cambio de siglo. *In*: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S. & COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

LANGDON, J. & GARNELO, L. (Orgs.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

MELATTI, J. C. Índios do Brasil. São Paulo, Brasília: Hucitec, Ed. UnB, 1987.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abep, 2005.

SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. *In*: COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2003.

SANTOS, R. V. & TEIXEIRA, P. O "indígena" que emerge do Censo Demográfico de 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6): 1.048-1.049, 2011.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). Ministério da Saúde. *Site*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35730>. Acesso em: 5 set. 2011.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G. & SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – Siasi: criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4): 853-861, 2007.

SOUZA, L. G. & SANTOS, R. V. Componente demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, DSEI Xavante. *Caderno CRH*, 22: 523-529, 2009.

SOUZA-LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMAN, M. Estado e povos indígenas no Brasil. *In*: SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMAN, M. (Orgs.) *Estado e Povos Indígenas: bases para uma política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

31. Aids: prevenção e assistência

Mônica Malta
Francisco Inácio Bastos

Desde 1981, quando foi notificado o primeiro caso de Aids, nos Estados Unidos, a epidemia vem transformando o mundo e as pessoas que nele habitam. Até o final de 2010, a pandemia (ou seja, uma epidemia de abrangência global) de Aids tinha causado a morte de aproximadamente 30 milhões de pessoas e cerca de 33 milhões de indivíduos haviam se infectado com o vírus da Aids, o HIV, em todo o mundo. A Aids tornou-se a principal causa de óbito entre adultos jovens de muitos países em desenvolvimento, principalmente na África subsaariana (a porção da África situada abaixo do deserto do Saara e, de um modo geral, às voltas com graves problemas sociais e econômicos). Em outras palavras, a epidemia é hoje um dos grandes desafios a ser enfrentado por profissionais da saúde, pesquisadores, líderes políticos, comunidades e cidadãos das mais diferentes culturas e nações.

Uma grande quantidade de recursos tem sido alocada em ações de assistência, prevenção e pesquisa, ainda que insuficiente em ralação à magnitude e gravidade da epidemia. Em todo o mundo, um contingente maior de pessoas tem tido acesso ao tratamento necessário, acesso este que correspondia, em 2010, à quase totalidade dos portadores de Aids nos países mais ricos e a cerca de um quarto das pessoas vivendo com a síndrome nos países em desenvolvimento. Ou seja, muito está por ser feito nos países em desenvolvimento, rumo a uma resposta efetiva e ética à epidemia.

Alguns países desenvolveram respostas inovadoras e eficazes para conter a expansão da epidemia e tratar as pessoas por ela afetadas. Neste aspecto, o Brasil se destaca em todo o mundo, pois, apesar de não ser um país rico, desenvolve ações abrangentes de prevenção desde o início da epidemia e oferece acesso a qualquer cidadão brasileiro às terapias antiaids mais modernas, o que é garantido por lei federal desde 1996.

O presente capítulo faz uma breve introdução sobre as tendências da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo, seguida de uma discussão sobre as políticas de resposta ao desafio posto pela pandemia, adotadas pelos países desenvolvidos e pelo Brasil, assim como o impacto dessas ações. Ao final, menciona-se brevemente o que está por fazer nos países mais pobres e o papel dos organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências.

O objetivo é apresentar as características principais da epidemia de HIV/Aids, buscando estimular um pensamento crítico sobre o impacto da epidemia e sobre a adequação (ou não) das políticas públicas adotadas em resposta a ela.

Breve histórico: o que são HIV e Aids e como surgiram?

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: glossário

Síndrome – Grupo de sinais e sintomas, que, uma vez considerados em conjunto, definem um quadro clínico.

Imunodeficiência – Inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microorganismos invasores, como vírus, bactérias, protozoários etc.

Adquirida – Não é congênita, como no caso de outras imunodeficiências. A Aids não é causada espontaneamente, mas sim por um fator externo, que é uma infecção por um vírus (no caso, a infecção pelo HIV).

A Aids é uma síndrome (ou seja, um conjunto de sinais e sintomas) que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido pela sigla HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*. Também do inglês provém a sigla Aids, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que utilizamos habitualmente no Brasil, que, em português, quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Nos países de língua espanhola e em Portugal, a sigla seguiu a ordem das palavras em português e espanhol, e a síndrome é conhecida como Sida.

O HIV destrói os linfócitos – células responsáveis pela defesa do nosso organismo –, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, assim denominadas por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido. Portanto, quando estes agentes infecciosos descobrem uma oportunidade, atacam o organismo enfraquecido.

Há alguns anos, receber o diagnóstico de Aids era quase uma sentença de morte. No entanto, atualmente, uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus por um longo período, sem apresentar qualquer sintoma ou sinal, desde que procure o tratamento e este tratamento esteja disponível, como no Brasil, onde ele é oferecido gratuitamente aos pacientes. Isso tem sido possível graças aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes. Deve-se, também, à experiência obtida ao longo dos anos por profissionais da saúde e ao esforço dos gestores do sistema de saúde e militantes de organizações que combatem a Aids e lutam pelos direitos das pessoas por ela afetadas. Em países como o Brasil, onde o tratamento está disponível a custo zero, todos estes fatores possibilitam aos portadores do vírus ter uma sobrevida cada vez maior e de melhor qualidade.

A Aids não se manifesta da mesma forma em todas as pessoas. Os sintomas iniciais são geralmente pouco específicos e comuns a várias outras doenças. São eles: febre persistente, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, gânglios inchados debaixo do braço, no pescoço ou na virilha, que podem levar muito tempo para desaparecer. Com a progressão da infecção e com o comprometimento do sistema imunológico do indivíduo, começam a surgir doenças oportunistas, como tuberculose, pneumonias, alguns tipos de câncer, candidíase (o 'sapinho', que afeta habitualmente os bebês pequenos, que ainda não têm suas defesas imunológicas consolidadas) e infecções do sistema nervoso (como a toxoplasmose e as meningites).

A Aids foi inicialmente identificada nos Estados Unidos, entre jovens da comunidade homossexual masculina norte-americana (no início da década de 1980). Em seguida, foram detectados casos de Aids entre pessoas que haviam recebido transfusões de sangue e hemoderivados e, posteriormente, foram também notificadas as primeiras crianças infectadas através de transmissão materno-infantil, seja durante a gravidez da mãe infectada pelo HIV, o parto ou pela amamentação.

Devido à grande semelhança do HIV com o vírus que causa a síndrome da imunodeficiência símia (SIV), encontrado em macacos africanos, presume-se que o HIV resulte de uma mutação do SIV ou de um ancestral comum a ambos os vírus atuais. A África subsaariana é o epicentro (o foco principal) da pandemia e existem estudos que relatam a existência do vírus causador da Aids desde a década de 1950. Em contrapartida, na França e nos Estados Unidos, o vírus teria surgido cerca de vinte anos mais tarde. Um conjunto de formas de contágio pode ter facilitado esta origem em comum, incluindo diversas formas de contato sanguíneo (por exemplo, através de arranhaduras e/ou mordidas de macacos) ou ingestão de carne malcozida de macacos por parte de membros de tribos africanas. Acredita-se que o HIV existia nestas tribos isoladas, causando problemas em pessoas suscetíveis (sabe-se, hoje, que existem algumas pessoas que são naturalmente resistentes à infecção pelo HIV), mas que através da maior migração de estrangeiros para a África, a partir da década de 1960, e do aumento do hábito de viajar de um continente para outro em tempos cada vez mais curtos, devido à maior utilização de aviões, o HIV teria passado para populações naquele momento mais suscetíveis, provavelmente infectadas por outros agentes infecciosos e/ou com a saúde comprometida por outros problemas e afecções, como a desnutrição e as más condições de vida (como no caso dos usuários de drogas injetáveis e imigrantes ilegais vivendo nos EUA), se disseminando, então, velozmente, para os demais países (Bastos, 2006).

Panorama da epidemia de HIV/Aids no mundo

Segundo informações permanentemente atualizadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/Aids (Unaids), estima-se que mais de 30 milhões de pessoas vivam hoje com a infecção pelo HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (doravante HIV/Aids), em todo o mundo, com aproximadamente 2,6 milhões de novas infecções registradas em 2009 (WHO/Unaids, 2010).

A pandemia afeta de maneira substancialmente heterogênea as diversas regiões geográficas, países, sociedades e comunidades. Utilizando ainda as informações do Unaids, estima-se que, nos últimos anos, cerca de 95% das novas infecções tenham ocorrido em países em desenvolvimento.

Além do marcante contraste no âmbito da disseminação do HIV nos diferentes contextos, salta aos olhos a profunda iniquidade no tocante à oferta de terapias antirretrovirais (que combatem o HIV), raras ou ausentes exatamente nos contextos onde a epidemia vem afetando mais profundamente a saúde pública e a própria dinâmica social e econômica, como na África subsaariana.

Desde que foi identificada em 1981, a Aids causou a morte de aproximadamente 30 milhões de pessoas ao redor do mundo, sendo considerada uma das epidemias mais destrutivas da história da humanidade. Segundo o Unaids, apesar da maior oferta de tratamento antiretroviral em diversas regiões do planeta, apenas em 2009 a Aids ocasionou a morte de cerca de 1,8 milhão de pessoas, sendo aproximadamente 260 mil delas crianças com menos de 15 anos de idade (WHO/Unaids, 2010).

Em diversas regiões do planeta, as novas infecções estão fortemente concentradas entre adolescentes e adultos jovens (15-24 anos). Este segmento da população responde mundialmente por aproximadamente 40% das novas infecções ocorridas em 2009. Este dado

impressiona, ao percebermos que jovens nascidos na chamada 'era pós-Aids' – aqueles que cresceram e iniciaram sua vida sexual após o advento da Aids, tendo sido, supostamente, expostos a mensagens de prevenção desde cedo –, ainda representam 40% dos novos casos de Aids, após mais de duas décadas da epidemia.

A África subsaariana permanece como a região mais afetada do mundo pela pandemia. Aproximadamente dois terços (cerca de 67%) de todas as pessoas com HIV/Aids vivem nesta região, algo como 22,5 milhões de pessoas. Declínios nas taxas de infecção pelo HIV vêm sendo observados em alguns países da África subsaariana. Os países dessa região com as epidemias mais extensas – Etiópia, Nigéria, África do Sul, Zâmbia e Zimbábue – apresentam taxas estabilizadas ou em declínio, aspecto que, no futuro, poderá contribuir para reduzir de fato o impacto mais amplo da epidemia naquela região (WHO/Unaids, 2010).

O número de pessoas vivendo com HIV/Aids cresce na maioria das regiões do planeta. Nos países do Leste Europeu e Ásia Central, o número de indivíduos infectados pelo HIV tem crescido de forma bastante acelerada nos últimos anos – com uma estimativa de 1,4 milhão de pessoas vivendo com a infecção, em 2009 (WHO/Unaids, 2010). A estimativa representa um aumento de cerca de dez vezes no número de novas infecções, em menos de dez anos, sendo a maioria das novas infecções relacionadas ao uso indevido de drogas injetáveis (como a cocaína e a heroína) e/ou ao envolvimento com sexo comercial, ou seja, a prática de sexo desprotegido (sem o uso de preservativos) com trabalhadores do sexo.

Aproximadamente 130 mil pessoas foram infectadas pelo HIV no Leste Europeu e na Ásia Central em 2009 – perfazendo um total de 1,4 milhão de pessoas vivendo com HIV/Aids na região, um aumento de 190% entre 2001 e 2009. No sul e no sudeste da Ásia, a prevalência de HIV/Aids varia bastante entre os diferentes países, sendo Índia, Vietnã e Indonésia os mais afetados atualmente. A vigilância epidemiológica dos países localizados no Oriente Médio e no norte da África é ainda limitada, impedindo análises mais confiáveis no momento. Na América Latina, no Caribe e na América do Norte, as novas infecções ocorridas em 2009 mantiveram o mesmo patamar de 2004 (WHO/Unaids, 2010).

Ao redor do mundo, também se observa o aumento constante da proporção de mulheres jovens (acima de 15 anos) afetadas pela epidemia – um pouco mais da metade das pessoas vivendo com HIV/Aids são mulheres ou meninas. Na África subsaariana, mulheres jovens com idades entre 15-24 anos têm oito vezes mais chance de estarem infectadas pelo HIV do que os homens. No Caribe, no Oriente Médio, no norte da África e na Oceania, aproximadamente um em cada dois adultos infectados pelo HIV é mulher. Em muitos países da Ásia, do Leste Europeu e da América Latina, a proporção de mulheres vivendo com HIV/Aids continua a crescer.

A heterogeneidade da pandemia pode ser visualizada nas Figuras 1, 2, 3 e 4. Cabe registrar, para pessoas que não estão familiarizadas com a apresentação de dados em epidemiologia, que estimativas (no nosso caso, do número de infectados, óbitos por Aids etc.) são sempre imprecisas. Por isso, em tabelas e figuras são apresentadas sempre as estimativas principais, seguidas dos valores mínimos e máximos, em relação aos quais essas estimativas podem variar (habitualmente), entre parênteses. Esses valores mínimos e máximos definem o que, em estatística, é conhecido como 'intervalo de confiança'.

Figura 1 – Visão global da epidemia de HIV/Aids – 2009

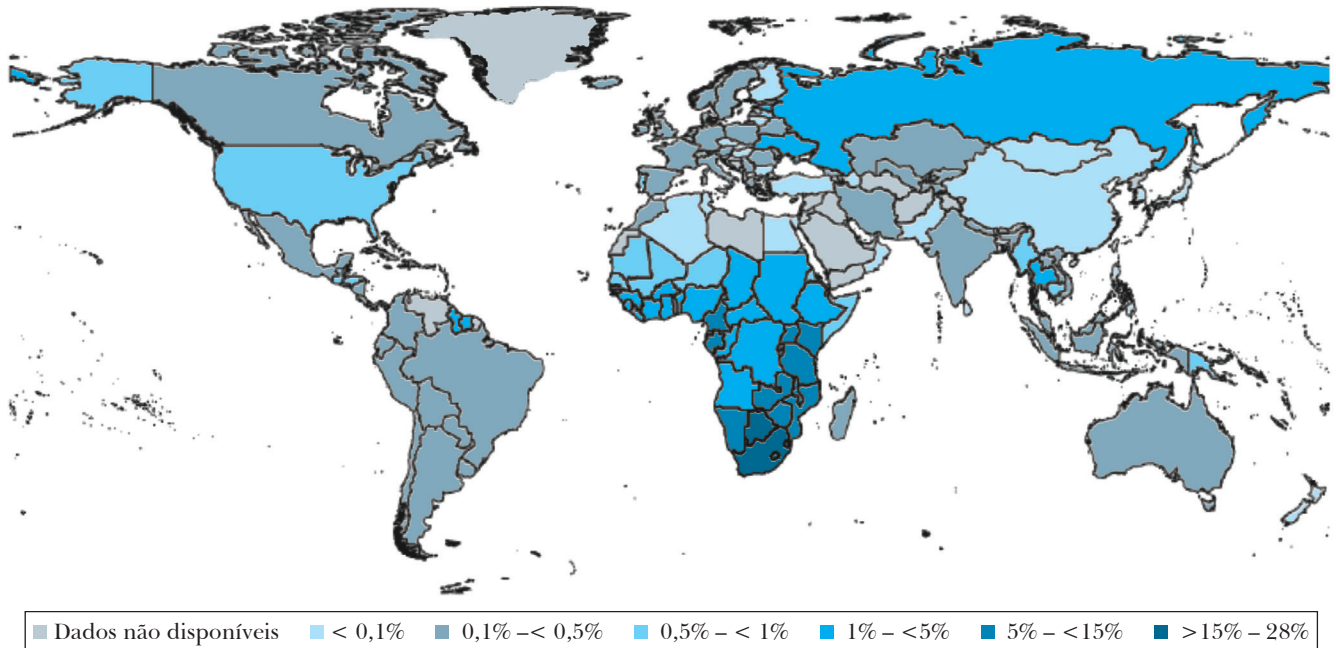
Dados não disponíveis | < 0,1% | 0,1% –< 0,5% | 0,5% – < 1% | 1% – <5% | 5% – <15% | >15% – 28%

Fonte: WHO/Unaids, 2010.

Figura 2 – Estimativa do número de adultos e crianças vivendo com HIV/Aids – 2009

América do Norte
1,5 milhão
(1,2 – 2,0 milhões)

Caribe
240.000
(220.000 – 270.000)

América Latina
1,4 milhão
(1,2 – 1,6 milhão)

Europa Central
820.000
(720.000 – 910.000)

Oriente Médio e
Norte da África
460.000
(400.000 – 530.000)

África Subsaariana
22,5 milhões
(20,9 – 24,2 milhões)

Leste Europeu
e Ásia Central
1,4 milhão
(1,3 – 1,6 milhão)

Leste da Ásia
770.000
(560.000 – 1 milhão)

Sul e Sudoeste
da Ásia
4,1 milhões
(3,7 – 4,6 milhões)

Oceania
57.000
(50.000 – 64.000)

Total: 33,3 (31,4 – 35,3) milhões

Fonte: WHO/Unaids, 2010.

Figura 3 – Estimativa do número de adultos e crianças infectados pelo HIV – 2009

América do Norte
70.000
(44.000 – 130.000)

Caribe
17.000
(13.000 – 21.000)

América Latina
92.000
(70.000 – 120.000)

Europa Central
31.000
(23.000 – 864000)

Oriente Médio e
Norte da África
75.000
(61.000 – 92.000)

África Subsaariana
1,8 milhão
(1,6 – 2,0 milhões)

Leste Europeu
e Ásia Central
130.000
(110.000 – 160.000)

Leste da Ásia
82.000
(48.000 – 140.000)

Sul e Sudoeste
da Ásia
270.000
(240.000 – 320.000)

Oceania
4.500
(3.400 – 6.000)

Total: 2,6 (2,3 – 2,8) milhões

Fonte: WHO/Unaids, 2010.

Figura 4 – Estimativa do número de óbitos relativos à Aids entre adultos e crianças – 2009

América do Norte
26.000
(22.000 – 44.000)

Caribe
12.000
(8.500 – 15.000)

América Latina
58.000
(43.000 – 70.000)

Europa Central
8.500
(6.800 – 19.000)

Oriente Médio e
Norte da África
24.000
(20.000 – 27.000)

África Subsaariana
1,3 milhão
(1,1 – 1,5 milhão)

Leste Europeu
e Ásia Central
76.000
(60.000 – 96.000)

Leste da Ásia
36.000
(25.000 – 50.000)

Sul e Sudoeste
da Ásia
260.000
(230.000 – 300.000)

Oceania
1.400
(<1000 – 2.400)

Total: 1,8 (1,6 – 2,1) milhões

Fonte: WHO/Unaids, 2010.

Além do marcante contraste no âmbito da disseminação do HIV nos diferentes contextos, chama a atenção a profunda desigualdade em relação à oferta de tratamento, o que não está representado nas quatro figuras, mas pode ser facilmente depreendido das Figuras 2 e 4. Como pode ser observado, enquanto na África subsaariana estima-se que terão falecido 1,3 milhão de pessoas para uma estimativa de 22,5 milhões de pessoas vivendo com HIV (ou seja, terão falecido em um único ano, 2007, aproximadamente 6% do total de infectados), na América do Norte estima-se que terão morrido 26 mil pessoas para um contingente de 1,5 milhão de infectados (isto é, terão falecido em decorrência da Aids cerca de 1,7% do total de

infectados). A proporção de óbitos na África é aproximadamente três vezes maior do que na América do Norte, o que sinaliza a imensa iniquidade quanto ao acesso à medicação antiaids e aos cuidados de saúde de um modo geral, em um e outro contexto.

Nos últimos anos, tem-se fortalecido no âmbito internacional o consenso de que é necessário elaborar uma resposta mais ampla no âmbito da prevenção do HIV e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids. A vontade política tem aumentado, assim como as ações para a promoção de direitos humanos e luta por uma melhor qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids, iniciativas principalmente lideradas pela sociedade civil organizada e pela ONU. Pode-se mesmo afirmar que, na ausência dos movimentos sociais em todo o mundo, a situação seria bastante pior, com os países mais pobres abandonados à própria sorte, como acontece em tantas situações graves nas regiões mais carentes do planeta, às voltas com a fome, as guerras civis e diversas doenças.

Os financiamentos nacionais e internacionais voltados para estratégias no âmbito do HIV/Aids também têm se ampliado nos últimos anos. A união desses diversos esforços representa uma oportunidade importante visando a um acesso de fato abrangente das iniciativas voltadas para prevenção do HIV e assistência de pessoas vivendo com HIV/Aids em todos os países afetados pela pandemia.

Uma importante iniciativa para a ampliação do acesso ao tratamento com medicamentos antirretrovirais nos países em desenvolvimento foi a estratégia "3 by 5" (significando três milhões de pessoas tratadas até 2005), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Unaids. A estratégia, que se iniciou em 2003, objetivou auxiliar países em desenvolvimento a aumentarem a cobertura de seus programas de tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids, pretendendo alcançar a marca de três milhões de pessoas em tratamento nos países em desenvolvimento, até o final de 2005. Tal marca foi alcançada com dois anos de atraso, correspondendo, ao final de 2007, ao número de pessoas que recebiam tratamento completo para a Aids. A Assembleia das Nações Unidas reconheceu as dificuldades de implantação do "3 by 5" e admitiu que há muito por fazer, renovando seus esforços com o objetivo de oferecer tratamento a todos os habitantes do planeta vivendo com Aids até 2015, o que esperamos que dê totalmente certo.

Para refletir

Discuta com seus colegas as possíveis razões que fizeram com que a estratégia "3 by 5" só tenha alcançado suas metas dois anos após a previsão inicial.

Em dezembro de 2010, mais de 5 milhões de pessoas recebiam tratamento antirretroviral nos países em desenvolvimento – um número 13 vezes maior de pacientes do que em dezembro de 2003. Destes pacientes, 4 milhões residem na região mais afetada pela epidemia, a África subsaariana. No entanto, em dezembro de 2010 estimava-se ainda haver 9 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids que precisariam receber medicamentos antirretrovirais e não tinham acesso a eles.

Em 2010, a Unaids elaborou um amplo plano de ações globais e locais a ser implementado entre 2011/2015, intitulado "Getting to zero" (Chegando ao zero). A estratégia preconiza um conjunto de ações que possibilite aos diversos países alcançarem acesso universal à

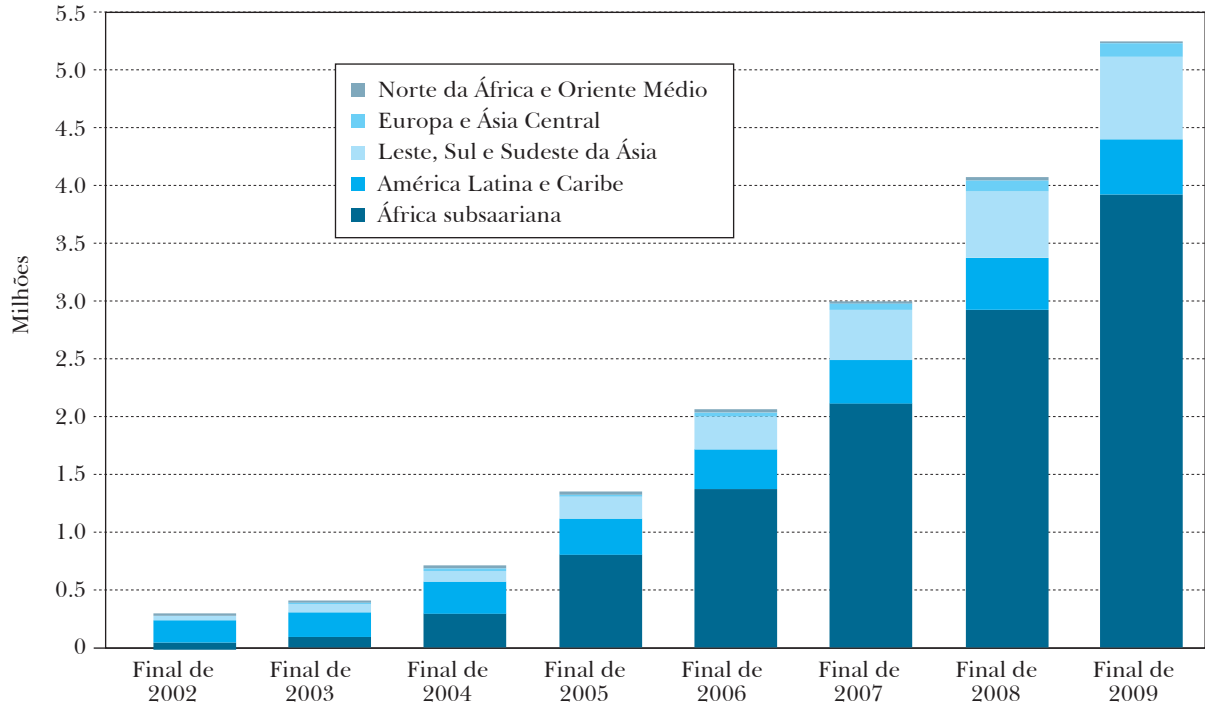
prevenção, ao tratamento e à assistência vinculados ao HIV/Aids. O *slogan* "Getting to zero" refere-se aos três pilares da estratégia: 'zero' novas infecções, 'zero' óbitos relacionados à Aids e 'zero' discriminação.

O Gráfico 1 ilustra o crescimento do acesso ao tratamento antiretroviral, em números absolutos, nos países com baixa e média renda até dezembro de 2009.

Gráfico 1 – Número absoluto de pessoas recebendo terapia antirretroviral em países com baixa e média renda por região – 2002-2009

Norte da África e Oriente Médio
Europa e Ásia Central
Leste, Sul e Sudeste da Ásia
América Latina e Caribe
África subsaariana

Milhões: 0 – 0.5 – 1.0 – 1.5 – 2.0 – 2.5 – 3.0 – 3.5 – 4.0 – 4.5 – 5.0 – 5.5

Final de 2002 | Final de 2003 | Final de 2004 | Final de 2005 | Final de 2006 | Final de 2007 | Final de 2008 | Final de 2009

Fonte: Who/Unaids, 2010.

A sustentabilidade (capacidade de sustentar as ações ao longo do tempo, em vista das dificuldades e dos problemas habitualmente enfrentados) das ações voltadas para ampliar o acesso ao tratamento antirretroviral é a peça-chave neste cenário. Os programas devem ser implementados levando em conta as experiências e capacidades de cada país, objetivando adaptar melhores práticas (adotadas com sucesso em outros países) para as realidades de cada contexto específico. Estima-se que a implantação de programas amplos de prevenção do HIV poderia ter evitado aproximadamente 60% das novas infecções pelo HIV que ocorreram em 2009, ou seja, 1,6 milhão de novos casos de HIV poderiam ter sido evitados, apenas em 2009. Programas preventivos aliados a ações assistenciais e disponibilização de tratamento para aqueles que precisam são ações que têm um importante impacto em termos de evitar novas infecções pelo HIV e mortes.

As respostas frente à epidemia de Aids precisam ser ágeis, inteligentes e coordenadas. Esforços desordenados ou estratégias que ofereçam soluções parciais não irão possibilitar uma redução significativa no número de novas infecções e óbitos. Para conter a expansão dessa pandemia, é necessário estabelecer acesso universal aos medicamentos mais modernos

e efetivos e a estratégias de prevenção, tratamento e assistência, de forma integrada. Se formos capazes de organizar redes e grupos de cooperação entre os diversos países atingidos pela epidemia e carrear recursos dos países mais ricos para os mais pobres, será possível elaborar respostas mais eficazes e sustentáveis, ao longo do tempo, as quais poderão facilitar a contenção da epidemia e mesmo reverter o seu impacto global. Em tudo isso, o papel da sociedade como um todo e das pessoas vivendo com HIV/Aids é essencial, formulando novas propostas, criticando governos e companhias privadas inertes ou indiferentes e atuando em parceria com iniciativas governamentais e privadas inovadoras e corajosas.

Panorama da epidemia de HIV/Aids no Brasil

O Brasil representa, no contexto da pandemia de Aids, um caso ímpar, dada a magnitude e a diversidade regional da sua epidemia, os seus imensos contrastes sociais e a condição de ser o único país em desenvolvimento com uma epidemia desta grandeza a contar com um programa plenamente instalado de acesso universal à terapia antirretroviral (Petersen *et al*., 2006).

Os primeiros casos de Aids no Brasil ocorreram em um período de transição no âmbito das instituições políticas e sociais do país. Após duas décadas de um regime ditatorial, os anos 80 foram um período de redemocratização e reforma. Uma ampla gama de movimentos sociais buscou reforçar o discurso da liberdade e dos direitos civis. A saúde foi considerada um componente fundamental dos direitos civis e da equidade social e foi defendida por ativistas e organizações não governamentais (ONGs). Em 1988, o Brasil aprovou sua nova Constituição, que garante acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde a todos os brasileiros.

Veja o texto constitucional sobre o direito à saúde no Brasil no capítulo 11. Consulte o capítulo 12 para conhecer, detalhadamente, os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O primeiro caso de HIV no país foi diagnosticado em 1980 (retrospectivamente, já que os exames para diagnóstico da infecção pelo HIV só se tornaram disponíveis em 1984-5). À medida que o HIV emergia como um problema de saúde pública, passou-se a contar com a vontade política e a infraestrutura de instituições-chave no combate à nascente epidemia. O clima político do momento ajudou a fazer com que a defesa da saúde pública e os ativistas sociais desempenhassem um papel fundamental no delineamento da resposta nacional à epidemia. A demanda pelo acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais se estabeleceu nos anos iniciais da epidemia e ganhou a forma de lei em 1996 (Bastos *et al*., 2001).

A inclusão da terapia antirretroviral no programa brasileiro de HIV/Aids, pouco após a instituição da terapia antirretroviral de alta potência (popularmente conhecida como 'coquetel antiaids') nos países desenvolvidos (com uma defasagem inferior a cinco meses!), colocou o Brasil em uma posição diferenciada em relação aos demais países em desenvolvimento (Petersen *et al*., 2006). Apesar disso, a implementação de um programa de tratamento e prevenção ao HIV/Aids no Brasil representa um desafio sem precedentes. O Brasil é uma das sociedades mais desiguais do mundo, tem uma população grande e diversa e regiões geográficas com graus de urbanização, desenvolvimento e acesso aos cuidados de saúde bastante heterogêneos.

A colaboração entre o Ministério da Saúde, ONGs e organismos internacionais, como a ONU e suas agências (OMS e o Unaids), e o Banco Mundial tem caracterizado a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids. Enquanto o acesso e monitoramento do tratamento estão

a cargo das instituições públicas de saúde, basicamente financiadas pelo governo federal, as ONGs desempenham um papel-chave no acesso a serviços de prevenção. O financiamento das estratégias brasileiras de prevenção do HIV/Aids é resultado da colaboração entre o governo federal, os governos estaduais e municipais (no contexto do SUS) e organizações internacionais, como o Banco Mundial (Petersen *et al*. 2006).

> Estimativas sugerem que há aproximadamente 630 mil pessoas vivendo com HIV/Aids, entre 15 e 49 anos, no Brasil, resultando em uma prevalência da infecção pelo HIV entre adultos de 0,61% – 0,41% entre mulheres e 0,82 entre homens (Brasil, 2010a).

Observa-se uma redução dramática da mortalidade relacionada à Aids no Brasil, em anos recentes (Marins *et al*., 2003). A mortalidade pela síndrome começou a declinar entre pacientes do sexo masculino, residentes nas maiores áreas metropolitanas, no início de 1991, numa época em que já se dispunha de algumas medicações antiaids, mas não se contava ainda com a combinação potente de medicamentos ou 'coquetel' (Lowndes *et al*., 2000). Após a introdução da terapia antirrretroviral de alta potência (cuja sigla, em inglês, é HAART), em 1996, a mortalidade por Aids experimentou um decréscimo substancial em homens e mulheres, em todas as regiões do Brasil. No entanto, estudos recentes salientam um importante problema ainda existente no país: a entrada tardia em tratamento. Grangeiro e colaboradores (2011) realizaram um estudo com 115.369 pacientes vivendo com HIV/Aids, diagnosticados entre 2003 e 2006. Segundo os autores, 43,6% desses pacientes iniciaram tardiamente o tratamento, os quais apresentaram um risco de óbito 49,5 vezes maior do que o grupo que iniciou o tratamento em momento adequado.

Um gráfico com a evolução da incidência e mortalidade de Aids no Brasil é apresentado no capítulo 5. Confira.

A epidemia de HIV no Brasil afetou basicamente, em seu período inicial, homens que faziam sexo com homens (correspondendo às categorias epidemiológicas 'homossexuais' e 'bissexuais' masculinos) e pessoas que receberam sangue e hemoderivados, nas principais áreas metropolitanas do Brasil (Szwarcwald & Castilho, 2000). Em um momento subsequente, disseminou-se entre os usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais e entre os homens que fazem sexo com homens em cidades de médio porte. Mais recentemente, o HIV vem se disseminando, fundamentalmente, através da transmissão sexual, resultando inicialmente em um crescente número de novos casos de Aids entre as mulheres (Fonseca, Szwarcwald & Bastos, 2002), além de uma disseminação sustentada, ao longo do tempo, da transmissão entre homens que fazem sexo com outros homens (Malta *et al*., 2010).

Assim como em muitos outros países, o HIV, no Brasil, vem afetando de forma progressiva as camadas mais pobres de municípios de menor porte e os bolsões de miséria das grandes metrópoles (Szwarcwald & Castilho, 2000; Szwarcwald *et al*., 2001). A proporção de novos casos diagnosticados entre trabalhadores desempregados e/ou sem qualificação profissional e entre indivíduos com escolaridade equivalente (ou inferior) ao ensino fundamental aumentou substancialmente nas últimas décadas (Fonseca, Szwarcwald & Bastos, 2002; Fonseca *et al*., 2003).

A transmissão materno-infantil do HIV corresponde a aproximadamente 3% de todos os casos de Aids registrados no país. Embora os dados referentes a populações especialmente vulneráveis sejam fragmentários, prevalências elevadas de infecção pelo HIV vêm sendo registradas em trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens (Caiaffa *et al*., 2003; Malta *et al*., 2010). Apesar do número crescente de mulheres afetadas pela epidemia, a transmissão materno-infantil tem sido bastante mini-

mizada com a adoção de medicação profilática, que visa a impedir a transmissão do HIV da mãe para o bebê.

Apesar da baixa prevalência de transmissão materno-infantil, estudos recentes têm ressaltado a persistência de importantes lacunas nas estratégias de prevenção desse tipo de transmissão do HIV: acesso insuficiente ao cuidado pré-natal, à profilaxia durante o parto e ao tratamento antirretroviral do recém nascido, e/ou manutenção do aleitamento materno, aspectos fundamentais e preconizados pelo Ministério da Saúde (Ramos *et al*., 2011).

Políticas de atenção à Aids

Políticas relacionadas à Aids adotadas em países desenvolvidos

A epidemia de Aids surgiu, nos países desenvolvidos, durante um período de quase total hegemonia de governos conservadores. A década de 1980 se caracterizou nos Estados Unidos e no Reino Unido pela emergência de uma agenda política claramente conservadora, liderada por Ronald Reagan e Margareth Thatcher, respectivamente. Nessa década, o crescimento da epidemia de Aids surge como um desafio, ao confrontar temas que constituíam tabus, como o homossexualismo ou o consumo de drogas, com a agenda conservadora vigente na maioria dos países desenvolvidos.

As políticas de saúde dos governos conservadores nas décadas de 1980 e 1990 são discutidas no capítulo 25, sobre reformas de sistemas de saúde.

Nesse contexto, a maior parte dos governos inicialmente lidou com estes temas complexos com posturas evasivas, negação do problema, protelação de ações mais eficazes e, em uma etapa posterior, embates e discussões ásperas com comunidades mais afetadas, principalmente ativistas da comunidade *gay* norte-americana (Bastos, 2006).

Diante da inoperância do Estado em responder de forma eficaz ao crescimento da epidemia, houve uma grande mobilização da sociedade civil, principalmente das comunidades *gays* norte-americanas e europeias – mais diretamente afetadas pela epidemia naquele primeiro momento. Por meio de uma vigorosa capacidade de mobilização, com passeatas, protestos, debates com políticos e a consequente cobertura dos meios de comunicação, estes grupos ganharam maior visibilidade junto à população de um modo geral e aos formadores de opinião, como políticos e lideranças civis. Estas ações possibilitaram às comunidades mais afetadas pela epidemia aumentar a pressão frente aos governos e ampliar os canais de debate e a visibilidade da epidemia para toda a população. Como consequência desse movimento, seguiu-se uma combinação de diálogo e confronto entre ativistas políticos, representantes de organizações de proteção aos direitos humanos, profissionais da saúde, agências de fomento e governos.

Durante a década seguinte, alguns países desenvolvidos adotaram posturas mais flexíveis para responder à epidemia de HIV/Aids, como Holanda e Austrália. Estes países lançaram mão de diversas estratégias de prevenção voltadas para populações mais vulneráveis, inclusive a adoção de programas de trocas de seringas (usadas, e potencialmente contaminadas pelo HIV e por outros vírus, por novas, estéreis), como uma das diversas ações de prevenção voltadas para a população de usuários de drogas injetáveis. Gradualmente, nos países europeus – que, em geral, dispõem de sistemas universais de proteção social em saúde –, a assistência médica e o acesso a medicamentos para Aids passaram a ser cobertos pelo serviço nacional de saúde, como na Inglaterra, ou pelos seguros sociais, como na Alemanha.

Nos Estados Unidos, houve um período de maior abertura política durante o governo do ex-presidente Bill Clinton. No entanto, o governo subsequente, de George W. Bush, voltou a adotar posturas conservadoras, sendo muitas vezes seguido como exemplo por outras nações, como diversos países da África, dependentes do auxílio financeiro norte-americano.

Como o escopo do presente capítulo não é analisar de forma minuciosa a política de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids adotada pelos diversos países desenvolvidos, utilizaremos, como exemplo, a política seguida pelos Estados Unidos, para abordar questões de suma importância na interface entre a agenda governamental, a alocação de recursos e a estruturação de respostas mais ou menos efetivas frente à epidemia de HIV/Aids.

O aumento do poder político de grupos religiosos ortodoxos norte-americanos tem contribuído, ao longo das últimas décadas, para uma gradual erosão do apoio governamental a programas que promovam, por exemplo, a educação sexual nas escolas. A administração do governo Bush tornou os programas de Abstinência Total até o Casamento (Abstinence-Only-Until-Marriage) parte integrante de suas estratégias nacionais e internacionais de prevenção ao HIV/Aids. No início de 2003, a administração federal enviou ao Congresso uma solicitação de aumento para as verbas federais para programas voltados para a abstinência sexual em escolas públicas e campanhas de prevenção.

As seguintes citações (Schleifer, 2002: 3), feitas por moradores de McLennan County, Texas, em maio de 2002, demonstram os efeitos adversos dessa política: "Antes [do Programa Abstinência Total até o Casamento], eu podia falar: 'se você não está transando, tudo bem. Mas se você está, tem de ter cuidado e usar camisinha'. Agora não posso mais falar isso" (Sally F., professora). "Eu não sei outra maneira de me prevenir do HIV, a não ser não fazendo sexo" (Linda P., estudante de 16 anos).

O Programa Abstinência Total até o Casamento foi parte integrante do currículo da grande maioria das escolas públicas norte-americanas por quase trinta anos, tendo sido abolido no início da administração do presidente Barack Obama. Segundo o antigo currículo, a abstinência sexual seria a forma mais adequada de prevenção do HIV/Aids, e professores de escolas públicas do país não podiam promover ou apoiar o uso de preservativos ou oferecer informações sobre seu uso por parte de adolescentes e jovens que estivessem matriculados na rede de escolas públicas.

As escolas públicas norte-americanas são frequentadas por um grande número de jovens de classe média e baixa, muitos dos quais de origem negra ou hispânica – populações entre as quais a epidemia de HIV/Aids mais cresce no país. 'Efeitos colaterais' desta agenda conservadora têm sido apontados por pesquisadores norte-americanos. Segundo estudos recentes, a epidemia de Aids nos Estados Unidos vem declinando desde os anos 90 na população como um todo. No entanto, não tem sido observado declínio na mesma intensidade em relação a adolescentes e adultos jovens, especialmente os pertencentes às minorias e aos estratos sociais mais pobres (Schleifer, 2002). Além das campanhas educativas em escolas públicas, a administração Bush investiu bastante em campanhas de mídia voltadas para a promoção de abstinência sexual entre jovens, conforme se pode observar no seguinte *outdoor* com os dizeres: "Você é muito valioso para usar o sexo como meio de ser aceito. Espere até casar", exposto em diversos estados americanos (Figura 5).

Figura 5 – Cartaz promovendo abstinência sexual, exposto nos Estados Unidos durante a administração Bush

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <www.cdc.gov>.

Pesquisadores e ativistas temiam que as pressões do governo norte-americano atingissem programas de prevenção voltados para a epidemia de HIV/Aids financiados pelos Estados Unidos nos países em desenvolvimento. E estavam certos em seus temores. A administração Bush lançou uma política de prevenção ao HIV/Aids conhecida como estratégia "*ABC: abstinence, be faithful, use a condom*" ("abstinência, seja fiel, use preservativos"). A estratégia ABC foi desenvolvida em resposta ao crescimento da epidemia de HIV/Aids na África e recomenda, principalmente, a abstinência como a postura ideal para pessoas não casadas e a fidelidade mútua para pessoas casadas. A estratégia foi adotada em diversos países africanos, como, por exemplo, Botswana e Uganda.

Embora os três pilares da estratégia ABC possam ser eficazes na prevenção do HIV/Aids e de demais infecções sexualmente transmissíveis, ao longo do governo do presidente Bush, diversos pesquisadores, profissionais da saúde e ativistas políticos criticaram sua forma de implementação. Segundo estes profissionais, as estratégias relegavam a promoção do uso de preservativos a um segundo plano, com uma distribuição de preservativos quase exclusivamente dirigida a populações sob maior risco, como usuários de drogas e trabalhadores do sexo. Durante o governo do presidente Bush, as iniciativas voltadas para a população sob maior risco representavam uma parcela reduzida das estratégias financiadas pelos Estados Unidos internacionalmente (*The Lancet*, 2003; United States Government Accountability Office, 2006).

A política de prevenção ao HIV/Aids baseada principalmente na abstinência sexual para jovens foi abolida pelo presidente Barack Obama. Também foi abolida a proibição de os programas de troca de seringas receberem verbas públicas federais. Durante a administração de Obama, diversas modificações na política local e internacional foram igualmente adotadas. Em janeiro de 2010, foi eliminada a proibição de entrada de pessoas vivendo com HIV/Aids nos Estados Unidos, legislação em vigor desde 1987. Outras estratégias na área de defesa dos direitos humanos estão sendo implementadas pela administração Obama, incluindo ações especificamente voltadas para proteção de grupos mais vulneráveis, legislações especificamente voltadas para assegurar direitos trabalhistas e coibir a discriminação de pessoas vivendo com HIV/Aids no ambiente de trabalho.

Ao longo da administração Obama, a participação social e a inclusão da sociedade civil organizada em decisões importantes voltadas para a prevenção do HIV/Aids e assistência de pessoas vivendo com HIV/Aids tem sido frequente. A busca pela elaboração de políti-

cas públicas baseadas em evidências científicas também tem sido adotada pelos diversos níveis de governo.

A elaboração de políticas públicas baseadas em evidências científicas e elaboradas em conjunto com a sociedade civil organizada culminaram na elaboração de um documento com as diretrizes da política nacional dos Estados Unidos em resposta à epidemia de HIV/Aids (*National HIV/Aids Strategy*). Esse documento, publicado em julho de 2010, representa a primeira iniciativa do país de elaborar um plano de ações amplo, com metas mensuráveis a serem atingidas até 2015. O plano tem como tripé a adoção de estratégias voltadas para prevenção do HIV/Aids, assistência de pessoas vivendo com HIV/Aids e redução de iniquidades (The White House, 2010).

Em maio de 2003, o presidente Bush estabeleceu uma estratégia intitulada "President's Emergency Plan for Aids Relief" (PEPFAR/Emergency Plan). Esta iniciativa é hoje a maior fonte internacional de fundos iniciada por um país e voltada para o combate de uma única doença, o HIV/Aids. O relatório do PEPFAR, entretanto, informava que esse fundo não poderia ser utilizado para financiar programas de troca de seringas. Além disso, ONGs que apoiassem o aborto seguro não eram elegíveis para receber o financiamento, regra excluída no período da administração subsequente do presidente Barack Obama.

Após a eleição de Obama, outras modificações foram realizadas nas regras para acesso a esse financiamento. Em julho de 2010, foi amplamente divulgado o apoio a estratégias preventivas amplas para usuários de drogas, incluindo a possibilidade de financiamento de estratégias voltadas para a redução de danos e programas de troca de seringas. Segundo esse documento, formulado pela administração Obama, programas de trocas de seringa não aumentam o número de pessoas que utilizam drogas ou a frequência de uso de drogas. Ao contrário, resultam em importante decréscimo de novas infecções nas populações acessadas e menor frequência de comportamentos de risco. A adoção de uma política nacional e internacional progressista e baseada em evidências científicas tem sido uma importante característica do governo Obama na área de HIV/Aids.

Para refletir

As diretrizes adotadas para a política nacional e internacional dos Estados Unidos em relação às estratégias de prevenção do HIV/Aids durante o governo do presidente Bush são bastante diferentes das ações defendidas pelo presidente Obama. Discuta o impacto dessas duas posturas.

Políticas relacionadas à Aids adotadas no Brasil

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a oferecer acesso universal e gratuito para o tratamento da Aids. No entanto, um programa bem-sucedido de combate à epidemia de HIV/Aids precisa prover muito mais do que medicamentos para tratar a infecção. É necessário disponibilizar um conjunto de serviços que englobem ações de prevenção, estímulo à testagem para o HIV e aconselhamento, evitar que os pacientes se apresentem tardiamente para o tratamento, oferecer medicamentos e estratégias visando a facilitar a aderência aos esquemas terapêuticos e promover a integração de estratégias terapêuticas e psicossociais ao longo do tratamento, proporcionando uma melhor qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/Aids.

É necessário, também, que os profissionais da saúde estejam bem treinados e que o tratamento para HIV/Aids e demais serviços de apoio para o paciente sejam adequados frente aos recursos financeiros disponíveis e às demais prioridades do sistema de saúde. Em suma, uma tarefa complexa e bastante trabalhosa, na qual o Brasil tem demonstrado êxito ao longo dos anos, a ponto de ser reconhecido internacionalmente como um modelo a ser seguido por outros países em desenvolvimento.

Iremos rever brevemente, a seguir, os resultados alcançados e os desafios futuros a serem superados pelas políticas brasileiras de resposta à epidemia de HIV/Aids.

O panorama político

O processo da Reforma Sanitária brasileira e a aprovação do SUS na Constituinte de 1988, e sua implementação na década de 1990, foram fundamentais para definir a saúde como um direito dos cidadãos brasileiros e um dever do Estado. Especificamente em relação ao HIV/Aids, o período compreendido entre os anos 80 e o início dos anos 90 foi caracterizado tanto por confrontos quanto por acordos de cooperação entre organismos governamentais, pesquisadores, ONGs e ativistas. O ativismo relacionado à Aids no Brasil se beneficiou de um contexto importante de reforma política, fortemente influenciado pela adoção de uma nova Constituição, pela restauração da democracia, pela anistia política e pelo retorno de diversos líderes políticos exilados (Bastos *et al*., 2001).

Esse contexto político e a atuação dos movimentos sociais influenciaram de forma decisiva a implementação de medidas preventivas e assistenciais no contexto do HIV/Aids. Em 1988, o Ministério da Saúde começou a distribuir medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas secundárias à infecção pelo HIV. Em 1991, o primeiro medicamento antirretroviral foi disponibilizado para um contingente expressivo de pessoas vivendo com HIV/Aids, a começar pelo AZT (zidovudina). Entre 1991 e 1996, com o apoio de ONGs e organizações voltadas para a defesa dos direitos humanos, muitas pessoas vivendo com HIV/Aids processaram os governos federal, estadual e municipal para conseguir ter acesso à terapia antirretroviral através do SUS (Bastos *et al*., 2001). Como resultado desta crescente pressão, a lei federal n. 9.313, de 1996, estabeleceu o acesso universal à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV/Aids.

A implementação da lei estabelecendo acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais foi quase imediata em municípios com sistemas de saúde bem estruturados, como o de São Paulo (na verdade, o sistema de saúde de São Paulo se antecipou ao governo federal em diversas iniciativas de combate à epidemia de Aids). No entanto, mais recursos, tempo e esforços foram e estão sendo necessários para implementar e adotar de forma ampla a cobertura universal (Bastos *et al*., 2001). Em um país com marcantes iniquidades sociais como o Brasil, a ideia de cobertura universal (para qualquer doença ou agravo à saúde) é um objetivo difícil de ser alcançado.

Muitas limitações ainda existem, como problemas com a manutenção e o controle do estoque de medicamentos, falta de treinamento adequado para profissionais da saúde e dificuldades com a infraestrutura dos serviços, além de problemas relacionados com a descontinuidade/falta de verbas. No caso do HIV/Aids, a instabilidade no fluxo de medicamentos e o atraso na introdução de novos medicamentos ou esquemas terapêuticos, ainda que pouco frequentes, têm sido documentados em alguns serviços e/ou municípios, principalmente naqueles localizados em regiões de difícil acesso.

Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faz saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

§ 1° - O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 2° - A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

Art. 2° - As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento.

Art. 3° - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4° - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 13 de novembro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

Fernando Henrique Cardoso

Fonte: Senado Federal. Disponível em: <www.senado.gov.br>.

Apesar de suas imperfeições, o programa brasileiro de prevenção/combate à Aids e acesso universal ao tratamento antirretroviral tem sido citado como um modelo para outros países em desenvolvimento. Veja nos tópicos seguintes as estratégias adotadas no Brasil, tanto no que tange às lições aprendidas quanto aos desafios futuros.

Prevenção do HIV

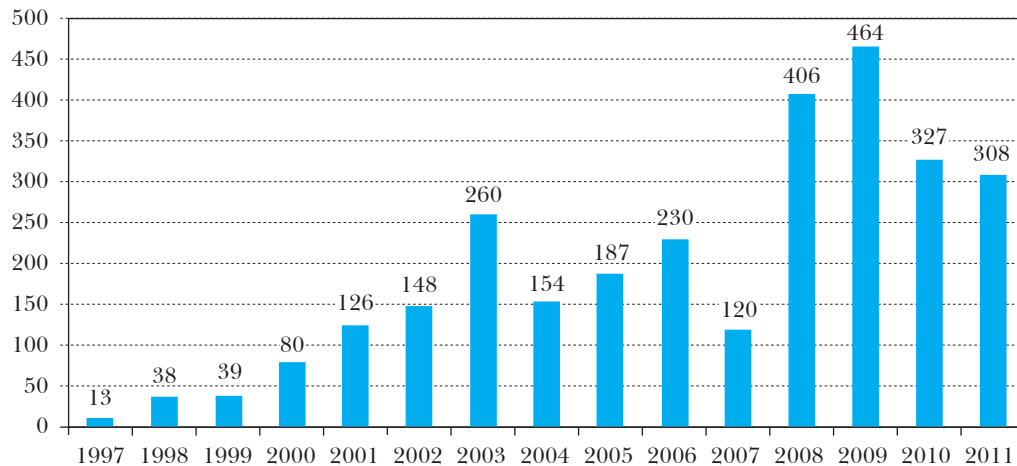
Campanhas amplas de mídia, assim como campanhas voltadas para a informação e educação de populações específicas, têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde, como parte de seu programa de prevenção ao HIV. Campanhas de mídia utilizando rádio, televisão e jornais têm buscado, principalmente, divulgar informações sobre como se prevenir da infecção pelo HIV, além de disseminar informações para diminuir o estigma e a discriminação em relação aos portadores de HIV/Aids. Diversas campanhas direcionadas para populações específicas, como grávidas, jovens, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e trabalhadores do sexo também vêm sendo elaboradas pelo Ministério da Saúde e por ONGs.

Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde têm apontado que o nível de conhecimento sobre HIV/Aids na população brasileira é bastante elevado. Em 1999, 98% da população adulta era capaz de mencionar pelo menos duas formas de prevenção contra a infecção pelo HIV e 83% dela sabia que uma pessoa com aparência saudável poderia transmitir o vírus.

Apesar de ser difícil avaliar o impacto de campanhas educativas na adoção de comportamentos mais seguros, a percentagem de brasileiros que refere usar preservativos em todas as suas relações sexuais aumentou de 25%, em 1993, para 37%, em 1996 (Brasil, 2001). A venda de preservativos também se ampliou bastante nos anos 90: 53 milhões de

preservativos foram vendidos no Brasil, em 1992; 70 milhões, em 1993; e 350 milhões, em 2000 (Levi & Vitória, 2002). A distribuição gratuita de preservativos, feita pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, tem crescido ao longo do período: 13 milhões de preservativos foram distribuídos em 1997; 80 milhões, em 2000; 260 milhões, em 2003 e 327 milhões, em 2010 (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução da distribuição de preservativos masculinos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (em milhões). Brasil – 1997-2011*

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
13	38	39	80	126	148	260	154	187	230	120	406	464	327	308

* Última atualização em 30/8/2011.
Fonte: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <www.aids.gov.br>.

Em 2007, a meta estipulada pelo Ministério da Saúde foi adquirir, para posterior distribuição gratuita, um bilhão de preservativos (adquiridos em agosto desse ano). Somando-se a este montante o quantitativo comercializado em farmácias e outros estabelecimentos e mais o quantitativo pactuado com programas estaduais e municipais de saúde, a distribuição de preservativos prevista para 2007 superou a casa dos dois bilhões.

Tratamento para o HIV/Aids

Como vimos, em 1996, o Brasil aprovou uma lei que garantiu aos cidadãos brasileiros vivendo com HIV/Aids o acesso gratuito e universal à terapia antirretroviral, através do SUS. Esta decisão tornou o Brasil um dos poucos países em desenvolvimento do mundo a oferecer a terapia antirretroviral de alta potência e talvez o único país em desenvolvimento a oferecer serviços clínicos e laboratoriais tão abrangentes e acessíveis, em todo o mundo. O Brasil foi capaz de implementar e manter o acesso universal a esta terapia através da produção de suas próprias versões genéricas dos medicamentos antirretrovirais, produzidos por companhias farmacêuticas norte-americanas e europeias, tendo, com esta iniciativa, conseguido reduzir o preço desses medicamentos em mais de 70% (Brasil, 1999).

Esta iniciativa foi fundamental no sentido da sustentabilidade do programa brasileiro de acesso universal aos antirretrovirais, embora alguns estudos mais recentes apontem para preocupações futuras no que se refere à sustentabilidade do programa ao longo do tempo. Existe uma permanente preocupação em relação à possibilidade de o Ministério da Saúde ser capaz de fazer frente aos gastos crescentes com medicamentos

mais complexos e modernos, para um contingente cada vez maior de pacientes em uso de antirretrovirais.

Em meados de 2011, aproximadamente 250 mil pessoas recebiam tratamento para a Aids no Brasil. O consenso brasileiro indica que qualquer pessoa infectada pelo HIV com sintomas/sinais clínicos de imunodeficiência ou uma contagem de células de defesa (linfócitos) CD4 abaixo de 200 células/mm^3 é elegível para receber gratuitamente tratamento com medicamentos antirretrovirais (Brasil, 2010b).

Atualmente, 21 medicamentos antirretrovirais, incluindo inibidores da integrase, de entrada na célula infectada, da transcriptase reversa e da protease (ou seja, bloqueadores das enzimas essenciais à reprodução do HIV), são distribuídos em mais de seiscentas unidades dispensadoras (postos de saúde, clínicas e hospitais públicos) em todo o Brasil. A existência de consenso para o tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids e de redes nacionais para monitoramento de pacientes tem sido estratégia fundamental para assegurar a qualidade do acesso universal ao tratamento. Redes nacionais de laboratórios possibilitam o necessário monitoramento e acompanhamento dos pacientes, oferecendo exames de linfócitos CD4 e carga viral. Não resta dúvida, porém, que as disparidades regionais quanto à disponibilidade de recursos, infraestrutura laboratorial e equipes treinadas dificultam a implementação de redes que englobem o país como um todo.

Enquanto os centros de referência das principais áreas urbanas brasileiras estão interligados, via Internet, aos sistemas nacionais de monitoramento, unidades de dispensação de medicamentos de algumas regiões sistematizam dados ainda de forma manual, o que atrasa a inclusão dessas informações nas bases de dados nacionais. O acesso a laboratórios, centros de tratamento e hospitais e mesmo a agilidade na entrega de resultados laboratoriais e a infraestrutura das unidades de saúde disponíveis variam bastante entre as regiões brasileiras. Porém, a epidemia de Aids brasileira permanece principalmente urbana, o que simplifica a oferta de assistência e tratamento: 74% dos casos de Aids em adultos e 91% dos casos pediátricos (de 1980 até 2000) ocorreram em regiões urbanas (Brasil, 2007).

O surgimento e a transmissão de variantes do HIV resistentes aos medicamentos empregados têm sido frequentemente mencionados como uma possível consequência desastrosa do acesso universal à terapia antirretroviral nos países em desenvolvimento. Existem evidências de que o surgimento e a transmissão de variantes resistentes aos medicamentos contra o HIV constituem um problema crescente em todos os locais nos quais o tratamento antirretroviral está amplamente disponível – como é o caso do Brasil, dos Estados Unidos e da Europa (Grant *et al*., 2002).

A tendência de aumento progressivo da disseminação de vírus resistentes é uma decorrência natural da entrada de novos pacientes em tratamento e do aumento da sobrevida das pessoas portadoras de HIV/Aids – que vivem não apenas mais, mas com maior qualidade de vida, e, com isso, têm a chance de retomar comportamentos e hábitos anteriores ao seu adoecimento, eventualmente voltando a praticar sexo desprotegido ou compartilhando equipamentos de injeção quando usam drogas injetáveis (Boily *et al*., 2005). Porém, a prevalência atualmente observada no Brasil de resistência viral aos medicamentos, tanto entre pessoas em tratamento com medicações antirretrovirais como em pessoas virgens de tratamento (que ainda não estão sendo tratadas, mas que podem ter se infectado com vírus de pessoas que estão em tratamento), não é mais elevada do que aquela observada nos países desenvolvidos.

Financiamento para prevenção e tratamento

As atividades brasileiras de prevenção ao HIV são financiadas pelo Ministério da Saúde e por um dos maiores programas de empréstimo em todo o mundo do Banco Mundial. Entre 1994 e 2002, o Banco Mundial aprovou empréstimos de, aproximadamente, 325 milhões de dólares. O primeiro empréstimo (Aids I), aprovado em 1993, foi de 160 milhões de dólares e tinha como objetivo testar e implementar as principais estratégias para combater a epidemia. O segundo empréstimo (Aids II), aprovado em 1998, foi da ordem de 165 milhões de dólares e financiou a segunda fase do programa. Embora seu enfoque tenha sido a prevenção, o segundo empréstimo apoiou os esforços necessários nas áreas de treinamento, pesquisa, desenvolvimento de material e protocolos para a provisão de terapia antirretroviral.

Em 1998, o total do orçamento governamental para HIV era de aproximadamente 600 milhões de dólares, cerca de quatro dólares *per capita* (para cada um dos brasileiros). Isto representava uma média de 1% do total de gastos com saúde do Brasil. Nesse ano, 56% dos gastos do governo com HIV/Aids destinaram-se à compra de medicamentos antirretrovirais (Izazola-Licea *et al*., 2002).

O governo brasileiro adotou diversas estratégias para reduzir os custos com medicamentos antirretrovirais. Antes de 1997, o país não contava com uma legislação que proibisse a produção de medicamentos genéricos que estivessem sob a lei de patentes de outras nações. À medida que a capacidade brasileira para a produção de medicamentos nacionais foi se ampliando, o Brasil começou a sofrer uma crescente pressão de governos internacionais e companhias farmacêuticas para adotar leis que protegessem os direitos de patentes de medicamentos. Com isso, em 1997, foi posta em prática, pelo governo federal, uma lei para proteger medicamentos sob patente. Porém, os medicamentos patenteados antes de 1997 não estão protegidos por esta legislação.

A nova lei permitiu que o Brasil produzisse versões locais de medicamentos antirretrovirais ainda protegidos pela lei de patentes em outros países. Em 2007, o país produzia versões genéricas de dez medicamentos antirretrovirais (Grangeiro *et al*., 2006) Em paralelo à produção de medicamentos genéricos, o Brasil tem conseguido negociar descontos significativos com companhias farmacêuticas para medicamentos que não são produzidos no Brasil (Galvão, 2002).

Em maio de 2007, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou um decreto autorizando a quebra de patente do medicamento Efavirenz, fabricado pela Merck, por considerar que o alto custo deste medicamento poderia ameaçar a sustentabilidade do Programa Nacional de DST/Aids. Em 2007, o medicamento era utilizado por aproximadamente 40% dos 180 mil pacientes em tratamento naquele momento. Com este decreto, o país pode importar o medicamento genérico produzido por outras indústrias farmacêuticas. O Efavirenz importado da Índia, por exemplo, custava ao Brasil cerca de US$ 165 anuais por paciente, muito abaixo dos US$ 580 pagos à Merck. Posteriormente, o Brasil lançou sua própria versão deste medicamento. Com tal iniciativa, estima-se que o total de recursos economizados até 2012, quando vence a patente deste medicamento, poderá chegar a US$ 237 milhões. Segundo pesquisas recentes, as diversas estratégias adotadas pelo governo brasileiro resultaram em uma economia de aproximadamente um bilhão de dólares desde 2001 (Nunn *et al*., 2007). Apenas entre 2010 e 2011, estima-se que o governo tenha reduzido em US$ 25 milhões seus gastos com medicamentos antirretrovirais (Greco, 2011).

Conheça a política brasileira de medicamentos genéricos no capítulo 21.

No entanto, com o crescimento considerável da expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids, estes pacientes tendem a apresentar, com mais frequência, efeitos colaterais relativos aos medicamentos e às falhas terapêuticas (ou seja, a medicação deixa de funcionar a contento contra os vírus) e/ou são capazes de desenvolver resistência aos medicamentos. Estes problemas podem influenciar a necessidade de substituir os esquemas terapêuticos atuais por medicamentos mais recentes e, consequentemente, protegidos por patentes (dez a vinte vezes mais caros do que os medicamentos genéricos atualmente produzidos no país).

Ao longo do tempo, é provável que o Brasil se depare com novos desafios no que se refere tanto ao manejo clínico destes pacientes quanto às implicações financeiras de manter um contingente cada vez maior de pacientes recebendo medicamentos mais caros e complexos através do SUS.

Para refletir
O alto preço dos medicamentos antirretrovirais pode ameaçar a sustentabilidade do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, considerado modelo em todo o mundo. Quais seriam as estratégias que o Ministério da Saúde deveria adotar para garantir a manutenção da qualidade e continuação das estratégias bem-sucedidas do programa brasileiro?

Avaliação do Programa Brasileiro de DST e Aids

Existem evidências de que as principais estratégias e diretrizes da política de controle da Aids adotadas no Brasil tanto para prevenção do HIV/Aids quanto para assistência de pessoas vivendo com HIV/Aids têm reduzido a morbidade e mortalidade associadas à Aids e estabilizado o crescimento da epidemia – ou, em português mais claro, têm reduzido as doenças associadas à Aids e as mortes em decorrência desta. A sobrevida mediana após o diagnóstico da síndrome aumentou de cinco meses, no início dos anos 80, para 18 meses, em 1995, e 58 meses, em 1996 (Marins *et al.*, 2003), e segue aumentando, ainda que em ritmo mais lento, nos anos recentes. A proporção de pacientes vivendo com Aids com tuberculose, candidíase, pneumonias e outras infecções oportunistas também declinou nas últimas décadas nos países desenvolvidos e no Brasil.

O fato de o governo brasileiro ter definido o controle da epidemia de HIV como uma de suas prioridades políticas permitiu que ações amplas na área de prevenção e assistência fossem desenvolvidas e mantidas ao longo do tempo. Após a introdução do acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral, em 1996, observou-se um importante declínio na mortalidade em decorrência da Aids, assim como tem sido observado em outros países que oferecem acesso amplo ao tratamento para a síndrome (Blower & Farmer, 2003).

O acesso universal ao tratamento antirretroviral também pode ter contribuído para a subsequente estabilização da incidência de Aids, por diminuir a transmissibilidade do HIV, ou seja, fazendo com que as pessoas já infectadas transmitam o vírus mais raramente. Acredita-se que o tratamento antirretroviral reduz substancialmente a infectividade de pessoas vivendo com o HIV, além de poder estimular a busca por testagem – uma vez que existe tratamento efetivo e gratuito disponível e reduz-se o estigma associado à infecção pelo HIV, ao fazer com que as pessoas com Aids possam levar vida normal e tenham a aparência de pessoas saudáveis (Garnett *et al.*, 2002; World Bank, 1998a).

Existem poucos dados disponíveis sobre a eficácia de cada uma das iniciativas para prevenção do HIV no Brasil, como em todo o mundo, já que as ações implementadas habitualmente atuam em conjunto (por exemplo, testagem + aconselhamento + campanhas na mídia + oferta de tratamento gratuito). O Banco Mundial estima que intervenções preventivas evitaram 38.100 novas infecções pelo HIV entre 1994 e 2000, a um custo de 9.600 dólares por infecção pelo HIV evitada (World Bank, 1998b).

Para calcular o impacto da infecção pelo HIV, muitos estudos utilizam uma unidade de medida da 'carga', imposta aos pacientes e à sociedade, de cada doença: o assim denominado indicador DALYs (*disability-adjusted life-years*), um indicador do tempo vivido com um dado problema de saúde/afecção e suas consequências negativas para a saúde e a vida cotidiana do indivíduo e da eventual morte prematura das pessoas afetadas por uma dada doença ou problema de saúde. Estimativas alternativas sugerem que a prevenção da Aids, numa perspectiva global, se traduz em 1.600 dólares por infecção pelo HIV evitada, estimativas estas feitas a partir do cálculo das DALYs.

Os benefícios alcançados com a disponibilização de profilaxia para infecções oportunistas e da terapia antirretroviral são ainda mais relevantes. Estima-se que, com o declínio na morbidade e mortalidade em decorrência da Aids, foram evitadas 234 mil hospitalizações entre 1996 e 2001, resultando em uma economia superior a um bilhão de dólares. Estas estimativas não incluem os benefícios indiretos do tratamento, resultantes da prevenção de novos casos.

O impacto das estratégias de prevenção de assistência no âmbito do HIV/Aids tem sido percebido nos mais diversos setores da sociedade e em todo o país (Marins *et al*., 2003). Porém, uma distribuição igualitária dos benefícios decorrentes ao longo do país ainda não foi alcançada. As diferenças geográficas na quantidade e acessibilidade de serviços de assistência especializada (SAE) persistem. Existem, no país, 660 SAE, principalmente concentrados no Sudeste (356 serviços, equivalente a 54%), enquanto a região Norte possuía, em 2011, apenas 22 SAE (3% do total). Embora esta distribuição concentrada na região Sudeste faça sentido em termos de alocação de recursos, se pensarmos na escala da epidemia nas respectivas regiões, a enorme dispersão geográfica das unidades dispensadoras na região Norte pode dificultar o acesso aos medicamentos de pessoas vivendo com HIV/Aids. Aconselhamento, testagem e outros serviços preventivos estão também concentrados nas regiões Sul e Sudeste (Bastos *et al*., 2001).

Principais diretrizes da política de controle da Aids no Brasil

- Integração entre prevenção e assistência
- Respeito aos direitos humanos e diálogo com a sociedade
- Trabalho conjunto entre governo e ONGs
- Acesso universal ao tratamento
- Produção doméstica de medicamentos
- Combate à estigmatização e ao preconceito
- Política de redução de danos para usuários de drogas
- Ações integradas para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV
- Descentralização das ações para estados, municípios e ONGs
- Cooperação internacional, técnica e financeira

Considerações finais

A reforma brasileira da saúde dos anos 80 produziu um sistema de saúde baseado no princípio da universalidade, ou seja, serviços de saúde deveriam ser disponibilizados para aqueles que precisam e não apenas para aqueles que podem pagar pelos serviços. Os direitos de cidadania assegurados pela Constituição brasileira e demais diretrizes do SUS relativas à universalidade, equidade e integralidade tiveram um impacto fundamental na formulação e implementação da resposta brasileira à epidemia de HIV, impacto este claramente evidenciado através da oferta gratuita e universal de medicamentos.

Ao longo de três décadas do surgimento da epidemia de HIV, muito foi alcançado com o trabalho conjunto de profissionais, ativistas, formuladores de políticas, representantes da sociedade civil e redes de agências nacionais e internacionais. Porém, muito ainda está por ser feito em um país com dimensões continentais, no qual as desigualdades sociais e econômicas, o estigma e o preconceito dirigidos a populações e comunidades vulneráveis e minorias diversas ainda atingem níveis inaceitáveis. Muitas vezes, tais problemas acabam por influenciar o acesso de populações vulneráveis a ações preventivas e assistenciais, que se recolhem ao anonimato e evitam a interação com o sistema de saúde.

Ainda existem muitos desafios a serem superados. Porém, as estratégias preventivas e assistenciais no âmbito do HIV/Aids têm surtido efeitos benéficos importantes. A mortalidade devido à Aids declinou no país como um todo, em indivíduos de ambos os sexos, e a incidência da Aids (casos novos) está diminuindo no conjunto do país, ainda que não esteja estabilizada em algumas localidades.

A implementação e a consolidação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é um passo bem-sucedido em direção ao objetivo nacional de alcançar uma maior igualdade no sistema de saúde. Poucos são os setores do sistema de saúde brasileiro que contam com um financiamento tão expressivo e são tão bem organizados como o programa de Aids. A experiência do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais pode ser tomada como exemplo para que outros setores do sistema de saúde se desenvolvam e aprimorem, buscando soluções inovadoras. A oferta gratuita da terapia antirretroviral para todos os pacientes que precisam deve ser tomada como um modelo para expandir o acesso da população a outros medicamentos essenciais.

O sucesso do Brasil em oferecer acesso universal ao tratamento antirretroviral constitui uma experiência sem precedentes entre os países em desenvolvimento. Muitos desses países enfrentam limitações de verbas e de infraestrutura maiores do que o Brasil. Porém, se esses países atuarem de forma conjunta e integrada e apostarem no diálogo multilateral com as agências da ONU, como a OMS, e com a sociedade civil e ONGs de defesa e promoção dos direitos humanos, muito se avançará na luta contra a pandemia. Os países em desenvolvimento devem investir na produção doméstica de medicamentos genéricos, nas negociações que proporcionem descontos no preço dos medicamentos sob patente e na formulação de alternativas de acompanhamento laboratorial que se mostrem efetivas, porém mais baratas, simples e integradas.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem implementado de forma bem-sucedida uma ampla gama de estratégias voltadas para a prevenção e a assistência. Espera-se que este modelo possa servir como exemplo e inspiração para que outros países em desenvolvimento consigam elaborar e implementar estratégias eficazes de combate à epidemia de

HIV/Aids. Um mundo que se pretenda ético não pode continuar a conviver com as atuais desigualdades no contexto da mais grave epidemia que já afetou a humanidade, em todos os tempos.

Leituras recomendadas

BASTOS, F. I. *A Aids na Terceira Década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora 34, Abia, 2000.

PARKER, R. *Na Contramão da Aids*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora 34, Abia, 2000.

SOARES, M. *Folha Explica: a Aids*. São Paulo: Publifolha, 2001.

Sites de interesse

Unaids – O *site* do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids disponibiliza informações sobre a epidemia mundial e outros documentos de referência internacional: www.unaids.org

Departamento de HIV/Aids da OMS – Oferece informações mais detalhadas sobre a estratégia '3 *by* 5' e outras ações adotadas ou preconizadas pela OMS para o controle e monitoramento da epidemia de HIV/Aids em diversos países: www.who.int/hiv/en

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – Disponibiliza documentos diversos, informações epidemiológicas sobre HIV/Aids e sífilis congênita, legislações e os consensos em vigor para tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids, entre outras informações relevantes sobre as ações e os documentos referenciais que norteiam o programa no Brasil: www.aids.gov.br

PEPFAR/Emergency Plan – Mais informações sobre o President's Emergency Plan for Aids Relief, incluindo as ações já realizadas, países que recebem financiamento por meio deste fundo, monitoramento das ações e outras informações relevantes: www.pepfar.gov

Centros para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC, sigla em inglês) – Disponibiliza informações detalhadas sobre a epidemia de HIV/Aids nos Estados Unidos e sobre as ações preconizadas pelo governo norte-americano para o combate da epidemia: www.cdc.gov/hiv

Banco Mundial – Fornece informações sobre os empréstimos do Banco Mundial para o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, inclusive os últimos relatórios e avaliações realizados pelo Banco Mundial: www.bancomundial.org

Organização Mundial da Saúde (OMS) – Saiba como calcular os DALYs no *site* da OMS: www.who.int/healthinfo/boddaly/en/index.html

Referências

BASTOS, F. I. *et al*. Treatment for HIV/Aids in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. *AIDScience*, 1(15): 27, nov. 2001. Disponível em: <http://Aidscience.org/Articles/Aidscience012.asp>. Acesso em: set. 2007.

BASTOS, F. I. *A Aids na Terceira Década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BLOWER, S. M. & FARMER, P. Predicting the public health impact of antirretrovirals: preventing HIV in developing countries. *AIDScience*, 3(11), 2003. Disponível em: <www.aidscience.org>. Acesso em: set. 2007.

BOILY, M. C. *et al*. The impact of the transmission dynamics of the HIV/Aids epidemic on sexual behaviour: a new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behaviour among men who have sex with men. *Medical Hypotheses*, 65(2): 215-226, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Terapia Antirretroviral e Saúde Pública: um balanço da experiência brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Implementation and monitoring report – Aids II – December 1988-May 2001*. World Bank Loan BIRD 4392/BR, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Boletim Epidemiológico Aids*, IV(1), jul. 2006/jun. 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <www.aids.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*, VI(1), jul./dez. 2008 & jan./jun. 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <www.aids.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

CAIAFFA, W. T. *et al*. Estimation of the number of injecting drug users attending an outreach syringe-exchange program and infection with human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus: the AjUDE-Brasil project. *Journal of Urban Health*, 80(1): 106-114, 2003.

FONSECA, M. G.; SZWARCWALD, C. L. & BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Revista de Saúde Pública*, 36(6): 678-685, 2002.

FONSECA, M. G. *et al*. Distribuição social da Aids no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* socioeconômico dos casos de 1987 a 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5): 1.351-1.363, 2003.

GALVÃO, J. Access to anti-retroviral drugs in Brazil. *The Lancet*, 360: 1.862-1.865, 2002.

GARNETT, G. P. *et al*. Anti-retroviral therapy to treat and prevent HIV/Aids in resource-poor settings. *Nature Medicine*, 8(7): 651-654, 2002.

GRANGEIRO, A. *et al*. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 40 (supl.): 60-69, 2006.

GRANGEIRO A. *et al*. Late entry into HIV care: estimated impact on Aids mortality rates in Brazil, 2003-2006. *PLoS One*, 6(1): e14585, 2011.

GRANT, R. M. *et al*. Time trends in primary HIV-1 drug resistance among recently infected persons. *JAMA*, 288(2): 181-188, 2002.

GRECO, D. Acesso a medicamentos perspectivas e desafios para o acesso a ARVs no Brasil. *In*: FORUM ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: Registro Sanitário, Patentes e Projetos de Lei, 29 abr. 2011, São Paulo. *Anais*... São Paulo: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.

IZAZOLA-LICEA, J. *et al*. Country response to HIV/Aids: national health accounts on HIV/Aids in Brazil, Guatemala, Mexico, and Uruguay. *AIDS*, 16 (supp. 3): S66-75, 2002.

LEVI, G. C. & VITORIA, M. A. Fighting against Aids: the Brazilian experience. *AIDS*, 16: 2.373-2.383, 2002.

LOWNDES, C. M. *et al*. Differential trends in mortality from Aids in men and women in Brazil (1984-1995). *AIDS*, 14(9): 1.269-1.273, 2000.

MARINS, J. R. *et al*. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patients. *AIDS*, 17(11): 1.675-1.682, 2003.

MALTA, M. *et al*. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10: 317, 2010.

NUNN, A. S. *et al*. Evolution of antiretroviral drug costs in Brazil in the context of free and universal access to Aids treatment. *PLoS Medicine*, 4(11): E305, 2007.

PETERSEN, M. L. *et al*. Brazil. In: BECK, E. *et al*. (Eds.) *The HIV Pandemic: local and global implications*. 1. ed. Nova York, Londres: Oxford University Press, 2006.

RAMOS, A. N. *et al*. AIDS in Brazilian children: history, surveillance, antiretroviral therapy, and epidemiologic transition, 1984-2008. *Aids Patient Care STDS*, 25(4): 245-255, 2011.

SCHLEIFER, R. *Ignorance Only: HIV/Aids, human rights and federally funded abstinence-only programs in the United States*. Nova York: Human Rights Watch, 2002. Disponível em: <www.hrw.org/reports/2002/usa0902/USA0902.pdf>. Acesso em: set. 2007

STOVER, J. *et al*. Can we reverse the HIV/Aids pandemic with an expanded response? *The Lancet*, 360(9.326): 73-77, 2002.

SZWARCWALD, C. L. & CASTILHO, E. A. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 16: 135-141, 2000.

SZWARCWALD, C. L. *et al*. Dinâmica da epidemia de Aids no município do Rio de Janeiro, no período de 1988-1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(5): 1.123-1.140, 2001.

THE LANCET. Editorial. “Pro-life” policy threatens US HIV/Aids initiative. *The Lancet*, 361(9.361): 887, 2003.

THE WHITE HOUSE. *National HIV/Aids Strategy for the United States*, 2010. Disponível em: <http://aids.gov/federal-resources/policies/national-hiv-aids-strategy/nhas.pdf>. Acesso jan. 2012.

UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE. *Global Health: spending requirement presents challenges for allocating prevention funding under the President's Emergency Plan for Aids Relief*, 2006. Disponível em: <www.gao.gov/new.items/d06395.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

WORLD BANK. *Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of US$ 165 Million Equivalent to Brazil for a Second Aids and STD Control Project*. Human and Social Development Group, Brazil Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Region, July 31, 1998a.

WORLD BANK. *Brazil: Aids and STD Control Project (Loan 3659-BR).* Implementation completion report. Brazil Country Management Unit, Human Development Sector Management Unit, Latin America and the Caribbean Regional Office, December 21, 1998b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Progress on global access to HIV anti-retroviral therapy: an update on '3 by 5'*. Genebra: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/UNAIDS. *Report on the Global HIV/Aids Epidemic*. Genebra: Unaids, WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/UNAIDS. *Aids Epidemic Update*. Genebra: Unaids, WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/UNAIDS. *Site*. Disponível em: <www.unaids.org/globalreport>. Acesso em: mar. 2011.

32. Cuidado Continuado

Cristina Maria Douat Loyola

As formas de cuidar em saúde são o foco deste capítulo. Recorre-se a um caso clínico, apresentado a seguir, para ancorar a construção teórica proposta na prática assistencial do que vamos apresentar como cuidado continuado. O palco institucional que abriga o tipo de cuidado que se quer discutir aqui – o cuidado continuado – é, inicialmente, o hospital, mas não apenas ele, entendendo que o cuidado continuado deve chegar à assistência domiciliar e à comunidade (Brasil, 2006). Entretanto, por sua importância histórica e por ter se constituído como palco privilegiado das intervenções sobre o processo saúde-doença nos últimos 150 anos, procuraremos contextualizar a instituição hospitalar sócio-historicamente, bem como as mentalidades que ainda a constituem como cenário privilegiado.

O cuidado continuado, que vamos desenvolver neste capítulo, é composto também por alguns tipos de cuidado, um deles mais tradicional, conhecido como paliativo. Mas o cuidado continuado não se exaure nele, porque se estende além das possibilidades de cuidar quando não há mais expectativa de cura. O cuidado continuado é mais abrangente e não trabalha com os prazos de vida ou de morte, mas com vitalidade. E, intrinsecamente, se compõe de valor e não de custo, pois exige uma atitude amorosa de se importar com o outro, quer seja familiar ou não.

Cuidado paliativo
É aquele prestado a doentes em situação de intenso sofrimento decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva.

O cuidado paliativo visa a promover, tanto quanto possível e até o fim, o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes. Nesses casos, a morte é um evento esperado: ela deverá ocorrer, ainda que em tempos, variações e ritmos diferenciados.

Já o cuidado continuado destina-se a pacientes que ultrapassaram a fase clínica aguda e o risco de morte. É uma convalescença monitorada que se inicia dentro do hospital, mas que vai sair dele. Sinaliza para o *home care*, mas pode ainda não ter chegado lá. Implica cuidado multiprofissional porque vai lidar com uma pauta de saúde ampliada, que envolve qualidade de vida e capacidade de se cuidar e de ser cuidado fora do ambiente hospitalar.

Cuidado continuado
É a convalescença monitorada que pode ocorrer no hospital ou no domicílio. A ocorrência da morte não é um evento esperado.

Home care (ou atendimento domiciliar)

É uma modalidade de cuidado em saúde na qual uma série de procedimentos pode ser realizada na casa do paciente. A família e o ambiente preservam a dimensão sociocultural do enfermo e contribuem para a boa evolução clínica com menos riscos de contrair infecção. Destina-se a quem está com quadro clínico estável. Um paciente diabético que teve um quadro agudo de gangrena e amputou uma perna, uma vez estabilizado clinicamente em um hospital de atenção terciária onde foi operado, pode receber um cuidado continuado em hospital de atenção secundária até ser capaz (ou seus familiares) de cuidar da ferida do coto, da sua dieta e do uso de hipoglicemiante – se houver – e passar a ser cuidado em regime de *home care*.

Esse tipo de cuidado será apresentado aqui como certa provocação ao furor da tecnologia assistencial vigente, não porque se oponha a ela, mas porque desbasta e escarifica ao máximo seu aparato de tecnologias materiais densas para cuidar em saúde. No entanto, a meta proposta é a do cuidado continuado e ampliado, que se situa aquém e além da dor mediada quimicamente.

O relato de caso exposto no quadro é verídico. Todavia, foi adaptado para ilustrar o campo tenso de dois discursos, não obrigatoriamente oponentes, sobre as formas de cuidar em saúde. O cenário assistencial inicia-se em uma instituição hospitalar de nível terciário e de alta complexidade, que tem de lidar com o cuidado continuado de um paciente que desafiou o prognóstico e não morreu. O dia que sucede ao desafio da morte vencida instaura um campo tenso, mas generoso, além de solidário e coletivo, do cuidado continuado, que mira a alta hospitalar.

O caso

D., sexo masculino, cerca de 30 anos, docente universitário e doutorando, foi agredido em sua residência. A introdução de arma branca resultou em afundamento do crânio na região central do cérebro e implicou a perda de massa encefálica. Foi submetido à neurocirurgia por duas vezes, em 21 de outubro e em 16 de novembro de 1994.

No pós-operatório da primeira cirurgia – craniectomia (abertura do crânio para facilitar o acesso ao encéfalo) para retirada do material perfurante –, permaneceu em silêncio, que durou 14 dias. Como sequela da lesão, teve meningite e encefalite, além dos distúrbios motores e emocionais que um trauma desse tipo costuma causar: decorticação cerebral, ausência de movimentos nos membros inferiores e superiores, hiper-reflexia nos braços e nas pernas. Era um "tetraplégico com 5% de possibilidade de vida", segundo o neurologista que o operou. Seguiram-se ainda incontinência urinária, hemorragia digestiva, hipertensão arterial (210 x 140 mmHg) e hipertermia (38-40º C), que perduraram por 15 dias. Além disso, sofreu queimadura na região sacra decorrente de acidente com a placa do bisturi elétrico.

A segunda cirurgia visava à extração da bolsa de herniamento (formação de protusão de um órgão) cerebral no mesmo local da cirurgia anterior. Nessa ocasião, foi retirado um retalho da coxa direita para enxerto de proteção do tecido cerebral.

O paciente mantinha intensa espasticidade e resistência nos membros superiores que permaneciam presos ao tórax, enquanto os membros inferiores se mantinham em hiper-reflexia, coxas e joelhos fortemente comprimidos entre si, acompanhados de queda plantar.

Primeiro dia – 21/10/1994. Você está ali... O mesmo corpo que conhecemos, forte, modelado pela academia de ginástica. Mas está parado, imóvel, cabeça enfaixada, descerebrado. Abalos corporais fazem tremer a maca. Você tenta abrir os olhos... Está corado, respira normalmente, tem edema facial na região da jugular. Parece sentir sede e providenciamos uma gaze embebida em água, que você suga desesperadamente.

Segundo dia – Transferido para o hospital X. As enfermeiras não acreditam na terapêutica instalada e acham que não está sendo bem atendido. O diagnóstico que fazem é de que necessita de terapêutica emergente. Você está com hipertensão intracraniana, todos sabem disso, mas ainda não prescreveram o Manitol... Sua aparência é excelente... Está barbeado, hipercorado, mas apresenta um grande edema subpalpebral; traz os membros superiores fletidos sobre o tórax, tem as extremidades frias e em extensão, com rotação interna dos cotovelos e joelhos, flexão plantar, midríase esquerda, 140 x 90 mmHg de PA, 38,8º C de temperatura, 108 bpm de pulso... Seu olhinho redondo está fixo em nós. Porém, é um olhar perdido, que parece não nos enxergar; ficamos aflitos, porque são os únicos órgãos que se comunicam conosco. Começamos a perceber que se acalma quando é tocado e fica menos ansioso. Inicia-se longo período de cuidados... Você bebe água desesperadamente. Descobrimos que suga melhor do lado esquerdo e fica aflito quando não há ninguém por perto. Estamos atentos, tentamos identificar o que passa por sua cabeça, o que está sentindo, pensando... Às vezes, a sua expressão é de ódio; às vezes, de medo. Como não fala, tentamos conversar com você, contar o que está acontecendo... O medo piora à noite; deve lembrar o que lhe aconteceu... Seu olhar continua perdido e, mesmo quando dorme por poucas horas, a expressão é de pavor e, depois, de aflição... Uma colega chega e coloca uma cruz de madeira em seu punho esquerdo. A corrente de energia a cada dia se intensifica e isso lhe é dito. Seu quarto está cheio de fé, que se contrapõe à religião de sua mãe, que é testemunha de Jeová. Tem imagens de Nossa Senhora, de São Jorge com o dragão... Você está tão exposto! Reflito sobre a invasão da sua vida, de seu corpo; seus segredos circulam... Penso no sigilo, na privacidade. Você vai precisar de muita ajuda. Todos querem resolver a sua vida; a enfermagem assume o cliente e esquece que ele tem família... É o cuidado que mantém o paciente no fluxo da vida, que vai trazê-lo de volta, cuidado rico em movimentos corporais (nossos) para o seu corpo, cuidados de restauração, especiais, intensos, permanentes, carregados de amor, de carinho, solidariedade, cuidado aflito, cuidado exigente por respostas mais rápidas. Esses cuidados pertencem a outro paradigma e não mais àquele que aprendemos na universidade. Hoje, você foi sondado, precisamos evitar a hemorragia digestiva que quer aparecer. Continuamos enviando mensagens, rezando.

Quarto dia – É o lançamento de seu livro; você curtiu tanto esse dia... As visitas foram proibidas; chegam à conclusão de que seu estado é gravíssimo; talvez, lesão de tronco cerebral... Como cuidar? Fico bem nervosa... Começo a pedir para você falar; está tão calado nos movimentos... Digo como foi o lançamento do livro, e você se agita; peço calma. Iniciaram uma sessão de fisioterapia. Do jeito que está, penso, é pouco para uma lesão tão extensa como a sua... O diagnóstico dos neurologistas e dos fisioterapeutas é muito reservado. No quarto, existem figuras, anjos e incensos; toca música na rádio que você gosta: tentamos trazer a sua casa para dentro do quarto. Sinta-se em seu ambiente, em sua casa, com seu cheiro, com seus lençóis...

Continua com hipertermia, muita sede e muito cuidado. A sudorese é tanta que ficamos o tempo todo colados em você, secando e aplicando gelo com álcool. No cateterismo vesical, descobrimos que tem estenose e acabamos fazendo um cuidado desconfortante. Continua intranquilo; só se acalma quando estamos por perto, tocando. Eu lhe digo: Calma, não está só, tem tanta gente querendo cuidar de você... Ressonância magnética para saber o porquê da tetraplegia, sintoma que incomoda a todos nós. Na opinião dos médicos, não tem saída, se não morrer, vegetará. Eu me irrito, esses doutores não sabem nada... Hoje peguei seu projeto de doutorado e digo alto que vai terminar esse doutorado, mesmo aleijado... Você olha para mim; é um olhar tão profundo, que fico sem saber o que significa. Uma lágrima rola, e é a primeira vez que tenta chorar... Mergulho em seu silêncio, em sua escuridão, para descobrir sua linguagem... Não há roteiro, nem rotina; tento compreender esse corpo impotente, esse corpo instrumento, que não consegue decodificar os sinais de dor por meio de outros sentidos.

Sexto dia – Sua situação piorou; está envolto em fios e equipos. Agita-se quando um colega se despede; penso: ele não quer que vá embora.

É o seu primeiro jantar, chega uma sopa sem cor, sem odor, mas você engole com desespero, se engasga; arranjo uma seringa, pois descubro que há intensa paralisia no lado direito... Você suga o bico da seringa como uma criança com fome... Começa a se comunicar através da língua:

mostrando, responde sim; escondendo, a resposta é não... A febre não cede, de 38,8 a 39,5º C, passamos a noite colocando compressas, muitos banhos no leito. Digo para as alunas: Nada de antitérmico; já tem muito medicamento... Não consegue dormir, batimentos instáveis: 180, 157,142, 98,150 bpm...

Tocando em você, descobrimos que o monitor expressa o que sente e se comunica com a gente. Você não consegue se sentir confortado e só as massagens o tranquilizam; os batimentos caem e voltam a aumentar novamente, quando está desconfortável. As bolhas de queimadura da região sacra abrem... Se a enfermagem fosse mais atenta, a placa do bisturi seria uma proteção e não uma ameaça... Você está apavorado, parece com medo; uma das alunas fica segurando sua mão. Sinto que existe uma luz no final do túnel; você vai ficar bom. Digo-lhe: Vai continuar estudando, terminar sua tese, publicar seus livros, cuidar de suas coisas e estarei aqui se precisar. Isso deve ser compromisso...

Sétimo dia – Hoje, sua subclávia deve ser puncionada, para que o Manitol seja mais bem infundido, dizem enfermeiros e doutores. Estou preocupada; penso em mais uma porta de entrada para infecção; uma veia profunda resolve, desde que acompanhada por pessoas competentes... Você demonstra preocupação com todo esse 'rebuliço'; não fala, mas nos segue e está atento. Penso que, se pudesse escolher, não iria querer a punção... Peço a Deus que lhe dê muita paciência... Você não fala, continua com medo do escuro, está 'ligado' em nós. Suas eliminações estão normais e se alimenta bem... Estamos com você.

Nono dia – Você continua a luta contra a infecção, o coma e a paralisia, contra também esse silêncio absurdo! Hoje, aqueles que acreditam, fizeram-lhe uma cirurgia espiritual. Oramos, fizemos uma corrente de oração às 22 horas, altar, anjos, velas e sabe mais o quê! Resolvi fazer minhas orações, coloquei sua foto em uma cesta e, sobre ela, todos os cristais que você utilizava na cabeça.

Décimo dia – Percebo que você começa a chegar no ambiente, a participar mais. A urina está clara, retirou a sonda nasogástrica. Você continua vigilante... Há algo no ar, que é mais emocional do que cerebral. O toque continua a fazê-lo dormir, embora tenha pesadelos e, quando acorda, passa a nos agredir. O monitor continua falando por você: 170 batimentos, quando se sente só; baixa para 87-68, quando ficamos próximos, quando o massageamos ou quando o tocamos. Seu rosto se transforma, fica rígido, enrugado, tenso, porque não consegue se comunicar. Continua com hipertermia: 39, 40, 41º C. Banho e compressa; nada de antitérmico, decido. Nesta noite, começa a apontar com o único dedo que move, para dizer que quer mudar de posição. E a mudança, que fazíamos de duas em duas horas, passa para de dez em dez minutos, o que significa dizer que são 144 mudanças em 24 horas... O cuidado é uma ciência que precisa se transformar em teoria. Uma pessoa nessas condições precisa de cuidados em quantidade e qualidade, de muito sentido, muito olho, muita mão para captar o que não está visível e poder cuidar integralmente.

Já conseguimos compreender o que os olhares querem dizer: não vá, quando estamos indo embora; alegria, quando chegamos...

No 14º dia, você falou e trouxe muita alegria, além do mais, muito mais trabalho; falando, tornou-se mais agressivo e exigente. No 16º dia, chorou pela primeira vez, na segunda neurocirurgia, um choro que parecia drenar tudo o que estava guardado dentro do peito, e todos choraram. Depois, me disse que chorou de medo, pois não suportaria viver de novo outro pós-operatório. Eu pensava que você precisava rir e iniciar seu caminho de volta, mas, por mais que brincássemos, você não ria. Riu pela primeira vez no 27º dia, quando a professora Z. contou coisas sobre as doenças de seus cachorrinhos.

Recuperado da segunda neurocirurgia, começamos a batalha nem sempre com seu aval: tirar do leito, sentar, levar para passear na cadeira de rodas, para ver o sol, as pessoas na rua, os pássaros no céu. Nesse momento, se emocionou e entrou em pânico, quando, de fato, se sentiu deficiente físico; lutou por seis meses até assumir sua condição. Nós o colocamos para tomar banho no banheiro; a água precisava cair em seu corpo. O banho no leito é fundamental, mas nunca substituirá um banho de aspersão. Foi preciso um grande esforço, pois o banheiro era pequeno, sem cadeira de banho, e tivemos de arrastá-lo até lá. Mas, ao mesmo tempo que segurávamos o

seu corpo todo descoordenado, tomávamos banho junto! A pia pequena servia de bacia, e nós o banhávamos com a cubarim e o copo. Ainda assim, você sentiu enorme prazer e nunca mais quis saber de ser banhado no leito.

Após cinquenta dias de internação, foi transferido para uma clínica de reabilitação e ficou 698 dias em processo de recuperação. Defendeu a tese de doutorado, publicou artigos e livros, anda em cadeira de rodas e recuperou todos os movimentos das mãos e as funções fisiológicas. Sustenta todo o peso do corpo sobre as pernas por períodos de tempo, dirige automóvel, dá aulas e tem autonomia sobre o cuidado de si. Voltou para a vida.

Fonte: Figueiredo, 1993. (O texto narra uma situação verídica e foi adaptado com a autorização da autora, a quem agradecemos e parabenizamos.)

Pelo exposto no caso, tem-se a distinção entre tratar e cuidar. Como exemplificada por Collière (2003), na comparação com cuidados de uma planta, cuidar não é tratar. Cuida-se de uma planta proporcionando-lhe tudo o que é necessário ao seu desenvolvimento para que possa crescer, dar flores e frutos. Trata-se uma planta que está com pulgões, por exemplo, aplicando-lhe produtos que combatam a parasitose. As ações de tratar não substituem os cuidados de manutenção da vida, pelo contrário, exigem que estes sejam dispensados com mais atenção, frequência e preocupação, e que sejam feitas as adaptações necessárias de acordo com o tratamento.

Para tratar o corpo, construiu-se, no início do século XIV, o corpo anatomizado, dividido em pedaços, para ser entendido a partir das primeiras dissecções oficiais nas universidades italianas controladas pela Igreja. Desses corpos sem vida, nasceu a medicina moderna: corpos nos quais a subjetividade do humano e a sua singularidade psíquica não estiveram presentes.

Tratar e cuidar

Podemos simplificar dizendo que cuidar é garantir a manutenção da vida na sua integralidade, e tratar é intervir na doença. O ideal é que ocorram simultânea e complementarmente. Um paciente com pneumonia estará tratado da sua doença se tomar o antibiótico específico para sua infecção. O cuidado desse paciente implicará o antibiótico adequado mais a alimentação correta, as horas mínimas de descanso e sono, um ambiente protegido de frio, a ingesta mínima de líquidos e o apoio emocional ao estresse de adoecer. Cuidar e tratar podem ser complementares, mas não significam a mesma coisa. Sobretudo na atenção primária em saúde, em que as informações advindas da ciência médica são objetivas e de baixa complexidade, o cuidado pode estar separado da informação.

Para refletir

Suponha uma usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) que está em tratamento para hanseníase e que deve procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mensalmente para pegar a medicação. Passam-se 45 dias, essa usuária não comparece à unidade e o profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) registra “abandono de tratamento”, sem realizar uma busca ativa da paciente. Como você avaliaria, nesta situação, a informação e o cuidado? Estão juntos?

A ruptura da biomedicina

A racionalidade científico-mecanicista ocasionou a separação entre a arte de curar e uma disciplina das doenças. Essa separação coincidiu com o momento no qual a anatomia e a fisiologia, estudadas nos termos mecanicistas de uma máquina que funciona, se somaram a um sistema classificatório das doenças, a patologia, levando a biomedicina a transformar-se em discurso sobre as doenças, minimizando e desviando a teorização que unia a saúde do homem ao próprio homem.

No final do século XVIII, a anatomia patológica marcou a aparição da medicina moderna, acarretando uma mudança no saber médico, que permitiu a visibilidade do que antes não se via e o discurso sobre a doença. Progressivamente, pedaços e conceitos científicos foram reduzidos à condição de realidade pela compartimentalização do indivíduo em partes de soma zero, do ponto de vista psíquico.

A partir das categorias 'doença', 'entidade mórbida', 'corpo doente', 'organismo', 'peça patológica', 'lesão', 'sintoma', dentre outras, instaurou-se um discurso sobre a objetividade, que instituiu a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, racionais e científicos. No entanto, a biomedicina enfrentou os poderosos limites de sua eficácia e os agravos de suas falhas, ao recorrer a um corpo que não inclui a subjetividade própria do sujeito, preço pago para sua constituição positiva, como ciência, e ao instituir o corpo biológico como envelope da individuação máxima, em que o corpo se torna um resíduo de objetividade. De fato, vamos observar que a ciência positiva exclui o sujeito.

Durante os séculos XVI e XVII, na Europa Ocidental, a ruptura epistemológica, ocasionada pelo advento da filosofia mecanicista em consonância com os avanços da física promovidos por Copérnico, Kaplan e Galileu, propôs nova forma de entender o mundo (Luz, 1988). Foi quando a explicação sobre a natureza com base nas concepções religiosas deu lugar a elucidações escritas em fórmulas matemáticas e abstratas. O mundo passou a ser explicado como máquina e, a partir de movimentos e combinações de elementos materiais, as partes se juntam e compõem um todo, seguindo a matemática linear pela qual um mais um será, sempre, igual a dois.

Semelhante reducionismo atingiu a biologia, e as doenças foram explicadas pela linguagem da física e da química. Essa tensão teve lugar não apenas no campo da biomedicina, mas no de todos que, de alguma forma, faziam aquilo que a cultura moderna chama de científico. Para essa certificação da modernidade, a medicina teve de separar o objetivo, o saber, do subjetivo, o sentir.

Hoje vive-se, no cotidiano da assistência, a realidade da tensão permanente, estruturante do campo científico, entre o saber e o sentir. Quando os profissionais da saúde percebem que sentir os perturba para saber racionalmente o que fazer, essa ambiguidade produz uma ansiedade poderosa. O desgaste emocional dos profissionais é intenso nos cenários de prática de atenção à saúde onde a tecnologia material é baixa e a sofisticação da tecnologia humana é altíssima, como, por exemplo, no Programa Saúde da Família (PSF), em que o paciente não está deitado na cama do hospital, mas de pé, e a maior parte da assistência se desenvolverá dentro da sua própria casa.

No entanto, em todas as sociedades é possível encontrar um conjunto de representações e de práticas que tenta explicar e controlar as manifestações do processo saúde-doença. Essa visão de mundo não é um aglomerado inerte, na medida em que se altera de um momento para outro, autorizada pelas possibilidades de transformação de que essa sociedade é capaz.

Os processos de saúde-doença colocam em relação duas ordens diferentes de realidade – a ordem biológica (que se volta para a anatomofisiologia humana) e a ordem social (que entende o *continuum* saúde-doença, dentro da intrincada rede das relações humanas e do homem como um todo, que não pode excluir o psíquico). As diferenças entre estas serão mais ou menos significativas de acordo com a importância com que cada sociedade reveste uma ou outra ordem.

Se algumas sociedades não conseguem optar por uma explicação de ordem biológica ou de ordem social para o adoecer, e de fato elas estão imbricadas, o mesmo ocorre com as racionalidades médicas, haja vista as concepções sobre o tema, constantes na homeopatia, na medicina chinesa e na medicina ayurvédica.

Luz (1988: 125) comenta as diferenças entre a concepção da homeopatia e a da racionalidade científica.

> O saber da clínica moderna, orientado pela morte (anatomia patológica), volta-se para a causa da doença (agente patológico) e para sua origem tempo-espacial (localização orgânica e história sintomática), enquanto o saber da clínica homeopática volta-se para o indivíduo desequilibrado, no sentido de reparar-lhe a energia da vida.

Na cultura ocidental, o conjunto de representações e de práticas que têm preeminência no tratamento dos processos saúde-doença prioriza a ordem biológica e configura o que se conhece como modelo biomédico ou biomedicina. Assim, como diz Camargo Jr. (1993), a conceitualização que se faz da doença é produto dessa visão naturalizada e objetivante que conclui serem as doenças entidades caracterizadas pelo menos por dois ou três critérios: um agente etiológico reconhecido, um grupo de sinais e sintomas identificáveis e alterações anatômicas consistentes, que inclusive podem ser combatidas em separado do indivíduo e de sua singularidade.

Hospices e os cuidados paliativos

Pela sua importância no cenário atual de avanço tecnológico no campo da intervenção em saúde e de aumento da expectativa de vida da população, é importante explicitar sócio-historicamente os cuidados chamados de paliativos. Eles estão estritamente ligados a uma modalidade de instituição hospitalar, o *hospice,* a seus clientes e a seus agentes de cuidado. O termo *hospice* tem origem no latim *hospes*, com significado inicial de estranho e mais tarde anfitrião, enquanto *hospitalis* significa amigável. Ainda de *hospes* derivou-se hospitalidade e *hospitium* (hospício) (Silva, 2005).

O *hospice* iniciou-se, pela perspectiva histórica, nas rotas de peregrinos da Idade Média, locais que progressivamente foram acolhendo doentes. Todavia, pode-se dizer que a origem dos *hospices* remonta a Fabíola, que, no século IV d.C., abriu sua casa aos necessitados, praticando as obras de misericórdia cristã: alimentar os famintos e sedentos, visitar os enfermos e prisioneiros, vestir os nus e acolher os estrangeiros. Paulatinamente, foram admitindo os doentes (Horta, 1973).

Na Idade Média, o princípio da caridade cristã promoveu a conversão de muitos monastérios em hospícios ou hospitais de assistência ao pobre de beneficência, aquele que não tinha possibilidade de cura e recebia cuidados básicos de alimentação e conforto, aliados aos cuidados espirituais, uma vez que se encontrava privado da atenção domiciliar, própria então das classes mais ricas. Os *hospices* proliferaram nas rotas dos peregrinos, mas muitos foram fechados durante o processo da Reforma.

Os *hospices* medievais não eram associados às pessoas próximas de morrer, mas abrigavam uma mistura de estrangeiros, entre viajantes, peregrinos, órfãos e outros necessitados. Seu intuito primário era a cura, difícil de ser alcançada com o precário arsenal terapêutico disponível à época, de modo que o maior empenho era realizado para cuidar daqueles em final de vida, com ênfase no conforto espiritual.

O primeiro uso da palavra *hospice*, relacionada a estabelecimentos para cuidado dos doentes no final de suas vidas, é creditado a Jeanne Garnier, que fundou, no ano de 1842, em Lyon, França, os Calvários (*Calvaires*). Em 1879, as Irmãs Irlandesas da Caridade (Irish

Sisters of Charity) fundaram, em Dublin, o Our Lady's Hospice e, em 1905, em Londres, o St. Joseph's Hospice. Já o Calvary Hospital, em Nova York, em 1899, foi aberto sob a inspiração da origem francesa desses estabelecimentos. Outros três, de origem protestante, foram abertos em Londres: o Friedensheim Home of Rest, depois St. Columba's Hospital, em 1885; o Hostel of God, mais tarde Trinity Hospice, criado em 1891; e o St. Luke's Home for the Dying Poor, depois denominado St. Luke's Hospital, fundado em 1893, pelo médico Howard Barrett.

O termo paliativo foi primeiramente utilizado em 1890, pelo médico Herbert Snow, em seu livro *The Palliative Treatment of Incurable Cancer*, entretanto sem conexão aparente com o sentido da medicina paliativa. À medida que o exercício da medicina foi se alterando ao longo dos séculos, acompanhando e adaptando-se aos paradigmas que organizaram a ciência, agora positiva, a instituição hospitalar modificou seus cenários. O hospital passou a ser um lugar central para o tratamento com o objetivo de curar os pacientes, e a impotência relativa da ciência registra limitações no campo da medicina com efeitos de tensão poderosos.

Para saber mais sobre as transformações da atenção hospitalar, consulte o capítulo 18.

Em meados do século XX, por intermédio de Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica inglesa, os cuidados paliativos – ou movimento *hospice* – apresentaram seu significado atual no St. Christopher's Hospice a partir de 1967. Nessa experiência clínica, passou-se a monitorar os resultados do aparecimento e do controle da dor com o uso regular de opioides via oral. O St. Christopher's foi o primeiro *hospice* de ensino e pesquisa com cuidado domiciliar, suporte familiar e acompanhamento no luto, pelo que marcou um diferencial importante e impulsionou os sistemas de saúde nessa forma de atenção.

Nos Estados Unidos, *hospice* tornou-se um conceito de cuidado mais do que um lugar de cuidado. Esse termo foi gradualmente substituído por cuidado paliativo e ocorria nos domicílios e nos *nursing home*, serviços privados de cuidados de enfermagem para pacientes com doenças crônicas, com senilidade ou com doenças terminais.

O movimento *hospice* teve seu início em 1974, no The Connecticut Hospice, em New Haven. Em 1978, foi criada a The National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), a mais antiga e maior organização pública beneficente voltada exclusivamente para a atenção paliativa, sendo que, em 1983, os cuidados paliativos foram reconhecidos por lei. Em 1975, foi aberto o Palliative Care Service, no Royal Victoria Hospital, em Montreal, no Canadá.

No ano de 1985, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda e, em 1987, o reconhecimento no Reino Unido e na Austrália da medicina paliativa como especialidade médica a definiu como o estudo e o controle de pacientes com doença ativa e progressiva em fase avançada, para os quais o prognóstico é limitado e o foco dos cuidados é a qualidade de vida possível.

No Brasil, o primeiro serviço de cuidado paliativo foi instituído no Rio Grande do Sul, em 1983, seguido pelo de São Paulo, em 1986, e pelo de Santa Catarina, em 1989. No Rio de Janeiro, um serviço público de referência funciona desde 1989, na modalidade de assistência hospitalar e domiciliar no Hospital de Câncer IV, inicialmente chamado Centro de Suporte Terapêutico Oncológico.

Cuidado paliativo e bioética

O termo *palliare* tem origem no latim – *pallium* – e significa proteger, amparar, cobrir, abrigar com o *pallio* ('manto'), ou seja, a perspectiva de cuidar surge de modo pleno e inclusivo para além de curar. Os avanços tecnológicos da medicina, em especial na área oncológica, contribuíram de maneira inegável para o aumento da sobrevida dos pacientes, mas acabaram por desenvolver uma abordagem focada na cura, quase que de modo exclusivo e, muitas vezes, obstinado.

A dificuldade da transposição do patamar da etapa curativa da medicina para a assistência paliativa trouxe dificuldades. Aos defensores, a qualquer custo, da manutenção da vida como bem maior, justamente com o impulso no desenvolvimento do arsenal tecnológico a partir da segunda metade do século XX, contrapuseram-se os defensores da moderna atividade *hospice*.

Qualidade de vida é conceito que pode anteceder ou ultrapassar a noção de doença e alívio de sintomas, aproximando-se mais da noção de bem-estar (físico e psíquico). Por exemplo, missionários que trabalham na África subsaariana e vivem sem os requisitos que caracterizam a vida privada ocidental do século XXI (casa, cama para dormir, banho quente, geladeira, rádio, televisão, mudas de roupa) referem alta qualidade de vida (WHO, 1990).

Por sua vez, alguns grupos de emigrantes chineses em Toronto, Canadá, referem baixa qualidade de vida após a emigração (Berry, Marshall & Kagitçibasi, 1980) ainda que tenham trocado condições miseráveis de moradia e trabalho no país de origem por melhores condições de viver e trabalhar. Vale ressaltar, portanto, o quanto de subjetivo pode compor esse conceito.

A primeira dificuldade enfrentada pelos profissionais paliativistas foi o abandono das máquinas que mantinham os doentes em estágio avançado de enfermidade, deixando-os tecnologicamente ligados à vida e registrando importantes implicações bioéticas.

> O desenvolvimento histórico da bioética é estabelecido por Volnei Garrafa no capítulo 24, com base em quatro momentos: fundação, expansão e consolidação, revisão crítica e ampliação conceitual. Consulte.

Disciplina da filosofia, a bioética é contemporânea do moderno movimento *hospice* de 1967. O nascimento da bioética, como conjunto de conceitos, argumentos e normas que valoram e legitimam eticamente os atos humanos que alteram irreversivelmente os processos também irreversíveis dos seres vivos (Kottow, 1995), vem ocupando largos espaços desde os anos 70.

A ética normativa tem-se debatido entre dois princípios – a inviolabilidade da vida humana e a qualidade da vida –, discutindo-os muitas vezes como critérios excludentes e, por vezes, opondo duas propostas – a de acrescentar anos à vida e a de acrescentar vida aos anos de vida.

O primeiro deles apresenta raiz deontológica: a existência é valor fundamental (não um valor superior), que deve ser protegido. Obriga cada indivíduo a conservar sua vida, a defendê-la e a enriquecê-la em suas possibilidades. São preceitos que obrigam sempre a manter a vida, porém não indefinidamente e a qualquer custo, pois a defesa extrema da inviolabilidade da vida humana pode levar à fidelidade cega e à existência física meramente biológica.

A partir do nascimento da bioética, a exigência de uma ética no campo biomédico fundamentada na razão e nos valores objetivos da vida e da pessoa estimulou a consciência crítica para uma profunda reflexão com o intuito de estabelecer a fronteira entre a ética e o comportamento.

Se levado ao extremo da irracionalidade, o esforço da medicina por preservar a saúde e lutar contra a morte, com a perda de foco do objetivo humano, pode voltar-se contra aqueles que pretende proteger. Quando os profissionais da saúde se empenham em estender a vida ainda mais do que as possibilidades fisiológicas e o desejo de seus pacientes, caracteriza-se o que é denominado em espanhol como *encarnizamiento terapéutico*: o inapropriado prolongamento do processo de morrer. É interessante a observação de Kubler-Ross (1975) a respeito de que a morte, em si, não é o maior problema para grande parte dos pacientes. O medo de morrer nasce do sentimento de desesperança, desamparo, de estar só. Surge dessa vivência extrema da solidão humana.

A agonia prolongada sem condições de reversão, o sofrimento doloroso extremo e a desfiguração, de tal forma que inviabilizem a vida em contato com os outros, podem acarretar a caricatura da dignidade pessoal, em que a intenção de respeitar a vida pode implicar o cuidado desumano.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 50% dos futuros pacientes com diagnóstico de câncer evoluirão para o quadro de impossibilidade de cura. Portanto, sairão do espectro da atenção curativa intensiva em tempo curto, mas permanecerão com intensa demanda de cuidado dentro da área da saúde.

A emergência da Aids, o aumento numérico da população mais idosa e a consequente inversão da pirâmide etária junto a numerosas doenças crônicas debilitantes associadas ao envelhecimento, dentre as quais o câncer, focaram a atenção dos serviços de saúde na exterioridade do fenômeno, na relação custo/efetividade do cuidado com qualidade dos *hospices* e dos programas de cuidado paliativo.

Até o advento do hospital moderno, no século XIX, morria-se em casa, uma morte dominada pelas relações familiares das gerações que assistiam a esse momento, inscrevendo-o no cotidiano da vida. Com a descoberta de novos medicamentos contra as doenças infecciosas e o desenvolvimento biotecnológico a alongar a expectativa de vida, notadamente a partir da metade do século passado, morre-se hoje no hospital, morte invertida e cercada por relações recentes e profissionalizadas.

Invenção mais nova é a da morte sem dignidade, aquela que se prolonga sem possibilidade de reversão. Nasceu como resultado do avanço protagonizado nos últimos cinquenta anos pelo campo da medicina, que permite hoje prolongar a vida através de tecnologias capazes de proporcionar suporte vital em substituição a funções biológicas perdidas ou temporariamente suspensas.

Esse tipo de morte suscitou discussões, em particular no âmbito da bioética, a respeito da eutanásia, prática pela qual se abrevia, sem dor ou sofrimento, a vida de um enfermo incurável. A eutanásia pode ser ativa (planejada e negociada entre o doente e o profissional que levar a termo o ato) ou passiva (não provoca deliberadamente a morte, mas com o tempo e a não intervenção progressiva, dissecção venosa, traqueostomia e respiração mecânica, o doente acaba por morrer).

De qualquer modo, a perspectiva da morte, por ter forte presença nas situações paliativas, sobretudo na oncologia, é vivência que tem contaminado totalmente o conceito de cuidado paliativo como relativo apenas à atenção a pacientes em fase terminal da doença. Tal impregnação limita parcialmente a abrangência do campo conceitual de cuidado continuado, cuja clientela é composta também por pessoas portadoras de variadas doenças, e

da carga crônica delas, para as quais, até o presente, não se tem como oferecer cura, o que mantém presente a expectativa mais concreta da morte.

Nesses casos, entram em cena os cuidados paliativos, um sistema de cuidar que usa abordagem interdisciplinar para aprimorar os aspectos médicos, psicossociais e espirituais necessários ao tratamento de pacientes com doença avançada e sem possibilidade de cura, ainda que não obrigatoriamente em fase terminal.

O que os cuidados paliativos demandam é a afirmação da vida e o reconhecimento de que morrer não é uma transgressão ao cuidado médico, mas um processo natural e normal do viver humano. O cuidado paliativo requer igualmente a aceitação da morte pelo profissional da saúde, assim como o conhecimento de que morrer não denota falha em prover bom cuidado. Nesse sentido, o estágio terminal constitui processo integral e o tempo de harmonizar diferenças entre cada paciente e sua própria vida.

A OMS propõe uma definição de cuidado paliativo, que é aplicada a outros tipos de doença, embora calcada no modelo de tratamento do câncer: o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos (WHO, 1990). Controle da dor e de outros sintomas, além de problemas sociais e espirituais, são da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias .

Essa definição explicita que os cuidados paliativos:

- promovam alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis que aflijam o doente;
- afirmem a vida e encarem o morrer como processo normal;
- não apressem, nem adiem a morte;
- integrem os aspectos psicossocial e espiritual nos cuidados do paciente;
- ofereçam sistema de apoio e ajuda aos pacientes para viverem tão ativamente quanto possível até a morte;
- disponibilizem sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a situação durante a doença do paciente e no processo do luto;
- utilizem uma abordagem de equipe multidisciplinar para cuidar das necessidades dos pacientes e de suas famílias, incluindo aconselhamento no luto, se indicado;
- promovam a qualidade de vida para influenciar positivamente o curso da doença;
- sejam aplicáveis precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapias que incluam as investigações necessárias a melhor entender e controlar possíveis complicações.

A definição da OMS propõe que uma equipe multidisciplinar seja requisito básico na atuação para o cuidado total dos pacientes. Isso porque o trabalho multidisciplinar congrega a atuação sinérgica dos envolvidos, cada um com sua perspectiva dos problemas do paciente e da família. Assim, contrapõe-se, de certo modo, ao trabalho especializado: neste, estão na mesa as profundas informações que se tem sobre único tema; já com a equipe multidisciplinar está sempre exposto o que “eu não sei”, que se defronta com o saber do outro.

Três premissas do trabalho de uma equipe são importantes: atitude humanitária perante o enfermo, atitude científica no controle da dor e dos outros sintomas e tempo disponível para o atendimento; estas desarmam totalmente a análise ingênua e simplificadora que sugere o cuidado paliativo como somatório de carinho e morfina. Não o é. Aqui, a tecnologia elaborada de respiradores mecânicos cede lugar à sofisticação das pessoas, bem como à sua competência técnica e ao compromisso generoso e solidário com o outro.

É preciso ter compaixão, fundamento moral que pode se expressar quando um sujeito, o profissional da saúde, atende ao outro que sofre, o paciente, do latim *compati* ('sofrer com e não sofrer como'). Ser compassivo não significa ser paternalista, mas desenvolver respeito por quem se sente simpatia.

Se for justificável eleger um critério prioritário em cuidado paliativo, será a valorização da dignidade do indivíduo. Significa que se reconhece essa pessoa como ser único para si mesmo e seus familiares, não a concebendo apenas como um diagnóstico e um tratamento.

Dentre os objetivos enumerados pela OMS, outros dois são prioritários nos programas de cuidado paliativo: o controle adequado dos sintomas (para alívio do paciente e facilitação do desempenho de seu papel de protagonista, ainda que em etapa terminal, integrado ao seu grupo de referência) e a consequente valorização de sua qualidade de vida (QV).

Para refletir

Durante muitos anos, o financiamento das políticas do SUS no Brasil seguiam a lógica de financiar o 'leito'. Financiava-se prioritariamente a assistência de saúde realizada durante a internação hospitalar. Hoje, discute-se que o investimento em saúde deve seguir o paciente e não o leito. O que você pensa disso?

O tempo dos cuidados paliativos passa a ser aquele de prestar atenção à qualidade de vida, à vida interior e às relações. Desse tempo falam as ciências sociais, as humanas e a religião, vivenciando intensas e, por vezes, conflituosas emoções. Tristeza, depressão e raiva podem ser experimentadas junto à esperança, bastando ler a obra de Elizabeth Kubler-Ross (2005) denominada *Sobre a Morte e o Morrer*, um clássico do campo.

O hospital é espaço institucional no qual se recriam dramas sociais novos e antigos e onde se manifesta, de forma cotidiana, a tensão estruturante e de construção sócio-histórica entre saber e sentir. Nos hospitais de atenção secundária, os efeitos do sentir, embora embaciados pela faina das práticas médicas desafiadoras, frequentes nos espaços de alta complexidade, intrometem-se e apresentam-se reiteradamente.

Por sua vez, nos hospitais de alta complexidade, a tensão de bipolaridade está presente, mas é menos mordaz, porque lá é hegemônico o outro polo da oposição, outorgado e 'empoderado' pelo discurso e pela tradição da assim chamada biomedicina, de vencer e resolver desafios. Já nos espaços de menor tecnologia material e maior sofisticação humana no cuidar, as razões da eficácia da medicina começam igualmente a ser as de suas falhas, por terem realizado uma intervenção em um corpo que excluiu o sujeito.

Para refletir

Esta é uma contradição da lógica de financiamento do SUS: os procedimentos considerados de alta complexidade e mais bem remunerados são aqueles que implicam sofisticada tecnologia material (Centro de Tratamento Intensivo, hemodiálise e outros). Por sua vez, os que requerem sofisticada tecnologia humana (por exemplo, psiquiatria e saúde da família) não são considerados de alta complexidade.

De que complexidade se trata? Das máquinas, do paciente, da situação ou da equipe de profissionais que cuida?

Em situações de evolução crônica da doença e, mais ainda, naquelas sem terapêutica curativa, o corpo biológico, livre das intervenções objetivadas em pedaços de si, assume a plenitude humana da demanda do outro, que será baseada na alteridade, na aceitação da pluralidade humana como algo irredutível e no laço social que se constrói somente pela mediação da palavra.

Assumindo que as palavras são performáticas e produzem efeitos, propõe-se o abandono do termo 'fora de possibilidades terapêuticas' (FPT), pois, além de desqualificar o tratamento efetuado pela medicina paliativa, inscreve o paciente em uma perspectiva de abandono à própria sorte e de exclusão do cuidado pela equipe de saúde. As possibilidades sempre devem ser terapêuticas, embora, nesses casos, o que está se esgotando é o tratamento com objetivo curativo.

O que diferencia o ser humano da natureza em geral e dos animais é que seu corpo biológico é capturado desde o início em uma rede de imagens e palavras. O fato de ser dotado de linguagem torna possível a construção de redes de significados, que são compartilhadas, em maior ou menor medida, com os semelhantes, o que contribui para que se tenha certa identidade cultural. É em função da dinâmica desses elementos que se é capaz de transformar imagens em obras de arte ou palavras em literatura. No entanto, a palavra pode fracassar e, quando isso ocorre, as maiores barbaridades podem ser cometidas.

Alteridade e cuidado continuado

A perspectiva da morte, por ter forte presença nas situações paliativas, sobretudo na oncologia, é vivência que tem contaminado totalmente o conceito de cuidado continuado, como se extinguindo na atenção a pacientes em fase terminal da doença. Tal impregnação limita parcialmente a abrangência do campo conceitual de cuidado continuado, cuja clientela é composta por pessoas portadoras de variadas doenças, ou carga crônica das doenças, para as quais, até o presente, não se tem como oferecer cura, o que poderá significar a expectativa mais visível da morte.

Todavia, essa clientela é bastante heterogênea e inclui também pacientes com problemas neurológicos, cardíacos, respiratórios, osteoarticulares e psiquiátricos, que não estão mais sob o foco do risco de morte ou do desafio da cura, porém seguem necessitando de um cuidado continuado, que pode e deve recorrer à internação quando preciso, mas que aponta preferencialmente para o *home care*. O cuidado domiciliar é aqui entendido como perspectiva de saída do hospital e de permanência no cuidado. Assim, o cuidado segue o paciente e não o leito da internação hospitalar.

Nas situações de internação prolongada, a internação hospitalar deve ser feita com grau máximo de humanização, de modo a administrar uma assistência inclusiva, que apela para a presença da família no cotidiano do cuidado. Costuma-se dizer que, por oposição ao controle rígido para o funcionamento de hospitais de grande porte e de atenção terciária especializada, o hospital do cuidado continuado deve ser de pequeno porte; deve ser o hospital do 'pode'. Por isso, é essencial que seja leve e flexível para cuidar melhor e ser capaz de tocar o sujeito, aquém e além da dor mediada quimicamente, esta que pode ser tratada com analgésicos. Nesse caso, seria útil a 'clínica da dor', tecnicamente associada ao controle da dor e ao emprego de analgésicos de maior potência, mas que ainda não é realidade na maior parte dos centros médicos do país. Trata-se então de lidar também com a subjetividade do humano, a qual o situa de forma singular na natureza, na medida em que apresenta uma dor de viver, uma dor de sofrer e uma dor de morrer, impossíveis de serem medidas quimicamente.

A medicina baseada em evidência (MBE) tem valorizado a intervenção dos serviços de saúde. No entanto, costuma subestimar a importância das intervenções fora do núcleo médico, investigando pouco sobre a eficácia do autocuidado, da educação em saúde e da autoanálise, além de desvalorizar o papel da alimentação e dos estilos de vida na produção em saúde.

Em contrapartida, o cuidado continuado, que sustenta também a proposta do cuidado paliativo, aproxima quase ao toque instâncias que se mantinham defensivamente distantes, como o hospital e a família, a equipe de profissionais e os cuidados familiares, a internação hospitalar e o *home care*.

A alteridade é um conceito interessante para se entender o singular de cada caso e de cada paciente ainda que dentro do mesmo tratamento. Alteridade é uma natureza ou condição do que é outro, do que é distinto. Estado ou qualidade que se constitui a partir de relações de contraste, distinção, diferença.

Nesse sentido, queremos pontuar a noção de alteridade como diferença, mas sem desigualdade ou valoração moral. Por exemplo, há muitas pessoas, sobretudo do Nordeste do Brasil, que se sentem mais confortáveis dormindo em redes do que em camas. Pior? Melhor? Menos sofisticado? Diferente talvez, e, se não houver contraindicação clínica clara, não há por que não considerar a opção.

Para refletir

As regras hospitalares costumam se organizar para que todos os pacientes tomem banho cedo pela manhã. Você avalia que essa regra existe para atender ao paciente ou à equipe de profissionais do hospital?

Todavia, o significado de conviver com um membro doente e ter de cuidar dele nem sempre é igual a gostar de cuidar dele. De qualquer modo, em algum momento da vida, todos os seres humanos necessitarão de cuidados de outros, como uma lei do cuidado em saúde, se levarmos em conta que o cuidado extrapola a saúde, considerando apenas seu antagônico, a doença. O cuidado será para a vida, para a vitalidade.

O homem, por natureza, tem potencial para cuidar de si e do outro, e o cuidado segue pelas gerações, transcultural e universalmente. O cuidado é significativo para o homem. Crianças, idosos, portadores de doenças incuráveis, como os extremos de começo e final da vida, e interface saúde-doença, poderão estar incluídos como grupos humanos que necessitarão de cuidados de outros. Em momentos nos quais é maior a fragilidade dos contextos de vida, o cuidado se especializa e por vezes se profissionaliza.

Há forte tensão entre assistência e desassistência, que opõe, por um lado, o cuidado prestado pelos profissionais da saúde e, por outro, a demanda singular apresentada pelo paciente e seus familiares, o que pode resultar em duas concepções de vida e de cuidado.

Na atenção básica, o principal objetivo é a educação em saúde, e existe a intenção de que a família, na qualidade de grupo social, seja o alvo. A família é representada pelo acompanhante, que, quando não é o cônjuge, é representado por outro membro da família com grau de parentesco próximo, seja por laços consanguíneos, seja por laços solidários e afetivos – nora ou cunhada –, valendo ressaltar que nem sempre os laços consanguíneos são afetivos ou solidários.

Os acontecimentos no interior da família são exclusivos daquelas pessoas, cabendo-lhes o entendimento, o julgamento, a tomada de decisão, enfim, como um segredo próprio das relações privadas. Nada parece mais natural do que a família, embora ela configure uma construção social arbitrária.

As relações no âmbito da família são relações de força, seja física, econômica e sobretudo simbólica, vinculadas, por exemplo, ao volume e à estrutura dos capitais que seus diferentes membros possuem e constituídas pelas lutas para a conservação ou transformação das relações de força. É assim um lugar de ficção bem documentada, lugar também de representação social, onde se pode obter um lucro simbólico da normalidade.

Vale dizer que à família autoritária de outrora, triunfal e melancólica, sucedeu a família mutilada de hoje, feita de feridas íntimas, de violências silenciosas, de lembranças recalcadas. A família se encontra hoje desorientada pela liberação dos costumes, pela perda da autoridade do pai e pela precariedade própria da economia moderna, mas ela é parceira importante no cuidado continuado.

Para refletir

O cuidado multidisciplinar em saúde realiza-se em um campo tenso onde, para além da especialização de cada profissional envolvido, defrontamo-nos com o saber especializado do outro, com "um saber que eu não sei". Poderia ser diferente? Como?

Na atenção secundária e terciária, o indivíduo torna-se menos evidente que a sua doença, e o foco volta-se para o tratamento da enfermidade e a intervenção medicamentosa. Mesmo girando da internação hospitalar para o cuidado domiciliar, ou dos profissionais da saúde para a família, ainda haverá a dependência do hospital. A internação domiciliar não substitui a internação hospitalar, não se opõe a ela, mas deve ser sempre priorizada com garantia de responsabilidade técnica, quando houver possibilidade de humanizar e de assegurar maior qualidade e conforto ao paciente. Contudo, muitas vezes fica a cargo da família tomar decisões na solidão da noite, quando o sofrimento humano vai passando despercebido para os profissionais da saúde.

O cuidado, como prática extraída da relação entre humanos, somente poderá ser compreendido se antes forem localizados os ambientes de vivência e de convivência dessas pessoas. O tipo e a forma de realizar o cuidado emanado não podem ser generalizados de uma cultura a outra. Concebido dessa forma, o cuidado pode ser interpretado a partir das teias humanas. O cuidado acontece com frequência nos agrupamentos humanos, na vida em plural.

Este cuidado de que tratamos aqui possui algumas informações do campo da medicina, mas sua estrutura se baseia no conceito de ACAO (CPCD, 2010): 'acolhimento' das diferenças do outro que o fazem diferente, mas não desigual; 'convivência' como capacidade de estar com o comum, que é singularidade mais coletivo; 'aprendizagem', que significa apreender o que o outro quer e sabe; e 'oportunidade', como uma das melhores formas de educar em saúde, que é também criar oportunidades de opção em saúde. Este cuidado só faz algum sentido por meio dos movimentos de busca da ajuda de pessoas e de equipamentos sociais e das redes de aproximação solidárias.

Ainda assim, o campo do saber médico merece uma mescla de louvação e de balanço crítico no decorrer do século XX. No campo da saúde, se é tradicionalmente avesso a críticas, embora haja a necessidade de mudanças e de rearranjos no sistema de trabalho, do mesmo modo que é essencial repensar a história com alguma liberdade de pensamento.

A louvação, sem dúvida, repousa nas descobertas que desdobraram técnicas potencialmente úteis contra a morte e o sofrimento humano: os antimicrobianos, a produção e o uso de imunoderivados, os neurolépticos, os antidepressivos e a quimioterapia em geral, as cirurgias cada dia menos invasivas, menos cruentas e mais precisas, a analgesia mais segura e eficaz, os diagnósticos por imagem – medicina nuclear, ultrassom, tomografia e ressonância magnética –, a precisão de informações obtidas pela amostra do sangue, sem falar no que se descobriu sobre o cérebro, a genética, a terapia intensiva e a traumatologia (Campos, 2003).

Há uma lista de conquistas exitosas, em certo aspecto, das assim chamadas tecnologias duras. Por vezes houve equívocos de objetivos, hipervalorização desses meios tecnológicos em detrimento do maior coeficiente de saúde – ressalte-se a verdadeira epidemia de tonsilectomias nos anos 50 e 60, a recomendação da substituição do leite materno por compostos artificiais nos anos 60, as intervenções por cesariana, a respeito das quais foram publicadas muitas recomendações em artigos científicos (Campos, 2003).

Não se trata de obscurecer as conquistas, mas de constatar que a eficácia de um procedimento nunca está apenas nele mesmo, e sim em sua relação com cada caso singular. Ao ganhar em 'recursos duros', perde-se parcialmente a capacidade de interagir com pessoas concretas, desaprendendo um pouco sobre o sofisticado emaranhado das relações humanas, em que se encontram entrelaçados o emocional, o subjetivo, o familiar, o cultural e o social. Onde o 'valor de troca' (fórmula láctea artificial tem preço) é frequentemente substituído pelo 'valor de uso' (leite materno não tem preço, e sim valor).

O método Paideia (Souza, 2003) implica também um modo de atenuar a contenda entre a infinita demanda e os finitos recursos, que consiste em envolver os pacientes, as famílias e a comunidade na produção da saúde.

Paideia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas e sabiam ser necessário um trabalho sobre o indivíduo, para que pessoas e grupos fossem capazes de gerar e também gerir a própria vida – na verdade, uma educação para a vida. E fazê-lo respeitando as diferenças entre pessoas e grupos, com saúde e cidadania de braços dados.

A proposta do método Paideia para saúde incorpora essa ideia estruturante do conceito: ampliar a compreensão de saúde como maior do que a luta contra a doença ou o desvio, mas como produção de vitalidade. Uma ação que deve ser realizada também além do consultório e da sala de procedimentos: no domicílio, na escola, no bairro ou na rua. De fato, o método Paideia reforça e amplia a atenção básica, determinando uma maior produção de coeficientes de saúde com uso racional dos recursos disponíveis.

Para melhor compreensão do método Paideia, recomendamos a leitura *Saúde Paideia*, de Gastão Wagner de Souza Campos (2003).

Estimular o autocuidado, valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade de as pessoas serem terapeutas de si mesmas, descobrir pontos de luz na comunidade, que podem vir a ser cuidadores com grande potencial de solidariedade e generosidade. Quanto mais pessoal e desburocratizado o sistema, mais se aumentam a autonomia e a independência das pessoas.

Parece haver desencontro nas intencionalidades entre as necessidades para a vida, concebidas pelos sujeitos, em seu cotidiano cultural, e as concebidas pela sociedade, pelo Estado e, sobretudo, pelos gestores dos serviços de saúde, quando se organizam para lidar com o processo saúde-doença. O que sobressai nesse desencontro são as buscas solitárias, repletas de submissão à rede de serviços disponíveis. Vale ressaltar que a busca e a oferta de serviços estão igualmente na dependência de uma concepção de desenvolvimento humano.

Destaco aqui uma situação vivenciada no Projeto Cuidando do Futuro (Loyola & Rocha, 2011), para reduzir a mortalidade infantil no estado do Maranhão, cujo enfoque é empoderamento comunitário e educação em saúde. A ESF cuida das gestantes por 270 dias no pré-natal. Entretanto, ao tocar na rede hospitalar por 24 horas (maternidades), constatamos muitos óbitos neonatais por aspiração de mecônio.

Aguçamos o olhar e interrogamos algumas variáveis: mulheres jovens, de 25 anos, pré-natal completo, com quarenta semanas de gestação, ainda que sentindo mal-estar geral, se não apresentarem um mínimo de três centímetros de dilatação, não são admitidas no hospital. Vão e vêm à base de dipironas e relaxantes musculares, residentes que são em áreas rurais distantes por vezes quarenta quilômetros da unidade hospitalar, se locomovendo a pé, de moto ou de bicicleta. Quando são admitidas na maternidade, o bebê está morto, por ter aspirado mecônio.

No Projeto Cuidando do Futuro, a comunidade empoderada se reuniu e criou a 'Casa do Meio do Caminho'. Já existem três hoje no Maranhão. Essa casa fica perto do hospital, pertence a alguma moradora solidária e generosa, que oferece uma cama ou duas, mas não admite qualquer profissional da saúde e não está inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Recebe uma cesta básica da prefeitura quando tem hóspedes, que são gestantes e puérperas. É um lugar de 'hotelaria com cuidado'. Toda gestante que vai ao hospital não volta para seu lugarejo distante, porque no meio do caminho tem uma 'casa'.

Já acolhemos mais de vinte gestantes, que não perderam seus bebês. Essa é uma aplicação do método Paideia em saúde, no qual, por meio de educação em saúde e empoderamento comunitário, as comunidades constroem soluções criativas e singulares de produzir saúde, não médico-centradas, e que no projeto chamamos de Maneiras Diferentes e Inovadoras (MDI). Para melhor compreensão, acesse o *site* <www.cuidandodofuturo.net>.

Toda intervenção terapêutica tem um componente de controle social aliado a algum benefício ou apoio possível. Devemos construir, pois, uma estratégia para atenuar o componente de controle, aumentando os coeficientes de autonomia e de autocuidado das pessoas.

A **autonomia** é um referencial indispensável na análise das questões éticas contemporâneas. Para saber mais sobre o tema, consulte o capítulo 24.

A gestão deve visar à produção de maiores graus de autonomia, de criatividade e de desalienação, compondo duas dimensões: a de gerir e a de gerar. A gestão clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir. Gerir como ação sobre a ação dos outros (Saramago, 1999).

Uma estratégia fundada em modelo de gestão é a que leva a trabalhar com a noção de esperança renovável para cuidar, em que cada membro da equipe traz em si a convicção empática de que é por meio da relação de um homem com o outro, da ação-análise-reflexão, que se pode chegar a um lugar melhor.

A complexidade do cuidado humano exige a 'pré-ocupação' e a consideração da subjetividade que nos distingue dos demais mamíferos: é a subjetividade do sofrimento. Sofremos porque sentimos dor, e não se trata aqui apenas da dor física. Temos de formar profissionais que saibam cuidar, com competência e generosidade, da dor de viver, da dor de sofrer e da dor de morrer.

O cuidado continuado apresenta-se atualmente como demanda quantitativa e qualitativa nos cenários hospitalares e, sobretudo, fora desses ambientes tradicionais de cuidar. Há uma retenção na ocupação de leitos de alta complexidade por pacientes que não mais correm risco de vida e que seguem superlotando macas e leitos em corredores e enfermarias (Brasil, 2011). Isso levou o Ministério da Saúde, recentemente, a rever e reeditar a Minuta de Portaria sobre assistência domiciliar, cujos tipos variam de 1 a 3 (níveis de complexidade clínica crescente), sendo que no nível 1 trabalha-se com a figura do 'familiar solidário'. O grande avanço tecnológico da medicina no final do último século fez superar com mais rapidez e eficiência o risco de morte. Segue, entretanto, a nos desafiar para garantir a qualidade da vida que podemos oferecer a nós mesmos e aos outros, reconciliando o trabalho em saúde com a alegria e o privilégio de ser um cuidador neste século de máxima individuação.

Para refletir

O cuidado continuado apresenta uma forma de produzir o cuidado em saúde em uma perspectiva inclusiva, que transita aquém e além da dor mediada quimicamente. É um cuidado 'portador de futuro'. Você acredita que a forma atual de produzir o cuidado em saúde, por meio das especialidades, será a mesma daqui a dez anos? Qual(is) será(ão) a(s) maior(es) demanda(s) dos pacientes?

Leituras recomendadas

BONET, O. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BOURDIEU, P. *Contrafogos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

MACHADO, W. C. A. *Reabilitação*. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. *O Corpo da Enfermeira como Instrumento de Cuidado*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

SCHRAMM, F. R. & KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 949-956, 2001.

Sites de interesse

Community Partnership for Child Development: www.cpcd.org

Conselho Nacional de Secretários de Saúde: www.portalconass.ms.org

Multiple Sclerosis: www.dab.sas.ms.org

Referências

BERRY, J.; MARSHALL, H. S. & KAGITÇIBASI, C. (Orgs.) *Handbook of Cross-cultural Psychology*. 2. ed. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1980. v. 3. Social behavior and applications.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Minuta de portaria, junho de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: GB/MS, junho 2011.

CAMARGO JR., K. A medicina ocidental contemporânea. *In*: LUZ, M. T. (Org.) *Seminário: proyecto racionalidades médicas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1993.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CENTRO POPULAR DE CULTURA E DESENVOLVIMENTO (CPCD). *Site*. Disponível em: <www./cpcd.org>. Acesso em: 27 set. 2010.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a Vida*. Portugal: Lidel, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. *A Mais Bela das Artes, o Pensar e o Fazer da Enfermagem: bases teóricas para uma teoria do cuidado*, 1983. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

HORTA, W. A. *História da Enfermagem*. Rio de Janeiro: Campus, 1973.

KOTTOW, M. *Introducción a la Bioética*. Santiago: Universitária, 1995.

KUBLER-ROSS, E. *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record, 1975.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. 8. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2005.

LOYOLA, C. & ROCHA, T. Projeto Cuidando do Futuro. Disponível em: <www.cuidandodofuturo.net>. Acesso em: jan. 2011.

LUZ, M. *Racional, Natural, Social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

SARAMAGO, J. *Cadernos de Lanzarotte*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1999.

SILVA, C. H. D. *Cuidado Paliativo*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2005. (Mimeo.)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Genebra: WHO, 1990. (WHO Technical Report Series, 804).

33. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos

Ana Maria Costa

Para examinar as políticas de atenção à saúde para mulheres e conhecer direitos sexuais e reprodutivos, este capítulo está organizado em três partes. Na primeira, são revisadas a situação de saúde e as demandas das mulheres aos serviços de saúde. Na segunda, analisam-se os contextos nacionais e internacionais relacionados ao tema de população, demografia, planejamento familiar e conferências internacionais com a intenção de agregar informações e fornecer elementos para a análise crítica sobre as respectivas políticas nacionais que foram adotadas no Brasil com o objetivo de modificar e melhorar os indicadores de saúde, o acesso e a qualidade dos serviços de atenção e de cuidado às mulheres. Na terceira parte, discutem-se os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) para a garantia da integralidade na atenção à saúde das mulheres.

Panorama da saúde das mulheres

O cenário epidemiológico da saúde da população feminina tem se tornado cada vez mais complexo pelo desvendamento de novos riscos e situações de vulnerabilidade que convivem com o agravamento de outros problemas há muito existentes. Para caracterizar essa complexidade, basta lembrar que os transtornos mentais, a Aids, a violência e as doenças cardiovasculares agregam-se aos cânceres ginecológicos e à mortalidade materna, crônicos problemas de saúde para as mulheres (Aquino, Araújo & Marinho, 1999; Silver, 1999). Para dar conta da integralidade da atenção à saúde das mulheres, o desafio para o SUS é formular e implementar políticas e programas que provoquem mudanças no conjunto dos problemas e das necessidades relacionados a esse âmbito.

A análise das informações e dos indicadores em saúde permite conhecer a vulnerabilidade e o risco que determinados fatores representam para a saúde das pessoas. A comparação dos indicadores de saúde é um recurso útil para avaliar as condições dos distintos grupos de indivíduos. Quando se compara o estado de saúde por sexo, os indicadores de mortalidade e de morbidade revelam desigualdades de saúde entre homens e mulheres não apenas biológicas, mas também relacionadas às condições de gênero, ou seja, às caracterís-

ticas, situações e particularidades dos modos de vida e de inserção social que incidem sobre a qualidade de vida, o adoecimento e a morte.

Os valores determinantes das condições de gênero estão impregnados na cultura da sociedade e é por isso que, de um modo geral, as mudanças sobre esses valores exigem a mobilização de toda a sociedade em prol da igualdade entre homens e mulheres. Os profissionais da saúde devem reconhecer e considerar essas desigualdades e, especialmente, as suas repercussões sobre a saúde, para atuar de forma oportuna sobre os efeitos nas situações de vulnerabilidade e risco para os homens e as mulheres.

No conjunto da população feminina, é necessário conhecer outros determinantes de desigualdades de saúde existentes, como, por exemplo, classe social, renda, escolaridade, raça e cor. O refinamento dessas análises que permita evidenciar as desigualdades e iniquidades de saúde é fundamental para a formulação das intervenções sobre os determinantes sociais dessas desigualdades.

A intervenção sobre a 'causa das causas', ou seja, sobre o processo de determinação social da saúde é essencial, dado o limitado impacto das intervenções restritas ao setor saúde nas condições da saúde coletiva. A intersetorialidade é a atuação articulada do governo sobre o conjunto dos condicionantes e determinantes sociais da saúde por meio de distintas políticas, ações e programas destinados a produzir as mudanças e os impactos desejáveis na situação de saúde da população.

Para saber mais sobre os determinantes sociais da saúde, leia o capítulo 4.

A análise de alguns agravos, quando comparados na sua magnitude em relação ao sexo, permite exemplificar os conceitos aqui discutidos e a importância de considerar gênero nas análises de saúde. Atualmente, são bem conhecidas as diferenças de comportamento e prevalência entre homens e mulheres adultos em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta maior vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.

A violência também é um fator de risco para diversos agravos à saúde da mulher, tanto física como mental e reprodutiva, e está associada à baixa qualidade de vida, maior exposição a comportamentos vulneráveis, como sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas, e repercute em alta demanda por serviços de saúde. Além disso, a violência está relacionada a maiores taxas de tentativas e de mortes por suicídio.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é caracterizada quando acontece o uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaças ou de atos, contra si próprio(a), outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo do desenvolvimento ou privação (WHO, 1996). A violência contra a mulher ocorre quando é praticado qualquer ato de violência com base no gênero que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para ela (OMS, 1998).

Para conhecer as relações entre violência e saúde, consulte o capítulo 34.

Existem diversas formas de violência contra a mulher, mas, frequentemente, os atos de violência não são reconhecidos e, às vezes, até mesmo são entendidos como naturais. A naturalização da violência contra a mulher é não reconhecer como violentas as humilhações, os julgamentos ou as práticas injustas dirigidas a ela. Devem ser consideradas como violências contra a mulher desde atos cometidos antes do nascimento (aborto seletivo por

sexo) ou na infância, como ocorre em algumas comunidades e culturas (infanticídio feminino, acesso diferencial à comida e a cuidados médicos, iniciação sexual forçada, mutilação genital), até estupro sistemático durante guerras e conflitos sociais e étnicos, tráfico (servidão laboral e sexual e manutenção em cativeiro), prostituição forçada e violência urbana.

Para refletir

As formas mais comuns de violência contra a mulher são perpetradas por seus próprios familiares e parceiros íntimos, envolvendo violência física, psicológica e sexual contra meninas e mulheres adultas, inclusive durante a gravidez e na velhice.

No Brasil, a Lei Maria da Penha (lei n. 11.340/2006) passou a tipificar como crime determinadas condutas abusivas contra a mulher. Você conhece essa lei?

A maior parte dos atos de violência contra a mulher resulta em problemas físicos, sociais e psicológicos, não necessariamente causando lesões, incapacitação ou morte, e suas consequências podem ser imediatas ou latentes, manifestando-se tardiamente ou estendendo-se por muito tempo depois. Quanto mais grave a forma de violência sofrida e mais longa a sua duração, maior impacto terá na saúde física e mental, e a exposição a múltiplos tipos de violência parece ter um efeito deletério cumulativo. É muito recente a preocupação dos serviços de saúde com a violência, especialmente quando relacionada às mulheres. A presença das vítimas de violências sexual e doméstica nos serviços de saúde exige cada vez mais o comprometimento dos profissionais da saúde na abordagem do problema na intervenção sobre ele.

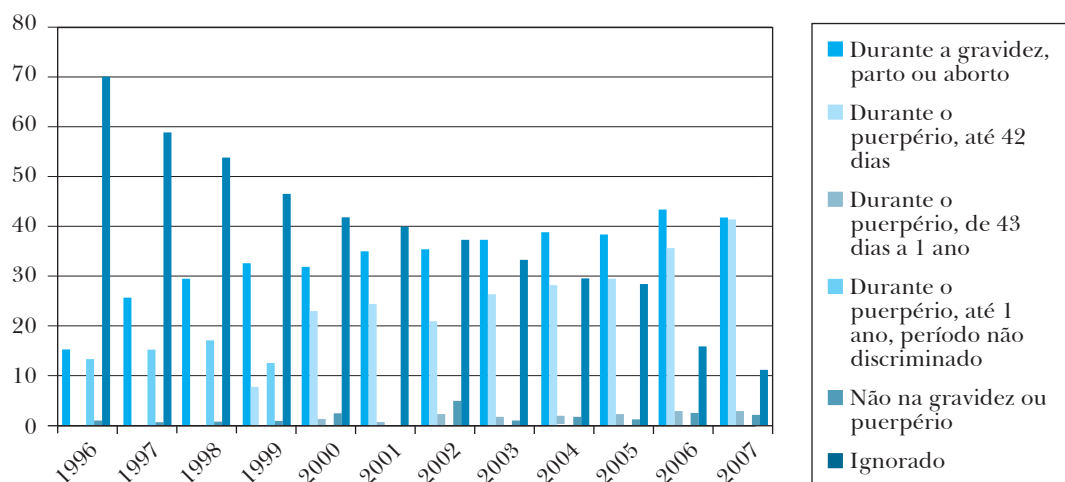
Mortalidade materna: persistente, injusta e passível de mudanças

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial e sua redução foi incluída entre os oito objetivos do milênio (ODM) que, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu como temas prioritários para os países. No Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM) é muito elevada e sua distribuição exibe as desigualdades regionais do acesso aos serviços de saúde e da qualidade da atenção prestada. A ocorrência da morte materna configura uma tragédia para as mulheres, com graves repercussões sobre as famílias, e constitui uma situação social incompatível com o nível de desenvolvimento econômico atual.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada por ela ou por medidas tomadas em relação a ela, mas não por causas acidentais ou incidentais (Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10).

A **razão de mortalidade materna (RMM)** compreende o número de mortes de mulheres gestantes ou até 42 dias após o término da gestação, por cem mil nascidos vivos (NV), residentes em determinado território, por ano considerado. É um indicador que mede o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida pelas mulheres, incluindo o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e, no período após o parto, o puerpério. Importante lembrar que a maioria das causas de mortes maternas poderia ter sido evitada, o que confere importância política e sanitária ao indicador.

A análise do momento de ocorrência da morte materna ocorrida ao longo dos anos (Gráfico 1) mostra também como a informação sobre o registro dessas mortes vem melhorando em qualidade a cada ano. De acordo com esse gráfico, reafirma-se que a morte materna ocorre, principalmente, durante a gravidez, o parto, o aborto e o puerpério imediato. Suas causas também já não são desconhecidas, o que indica que as estratégias necessárias a serem contempladas na política devem incidir sobre essas causas. Se o objetivo é provocar mudanças no indicador, as ações a serem desencadeadas devem estar baseadas na garantia do acesso universal aos serviços que, por sua vez, deverão ter a qualidade necessária na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e a todos os casos de abortamento, espontâneo ou provocado.

Gráfico 1 – Distribuição proporcional dos óbitos maternos, segundo o momento da ocorrência. Brasil – 1996-2007

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: set. 2011.

As desigualdades regionais da mortalidade materna mostram as iniquidades do acesso e as diferenças de qualidade da assistência à saúde no país. Por exemplo, em 2005, a RMM para a região Nordeste foi de 66,9 mortes de mulheres por cem mil NV contra 40,7 na região Sudeste (Brasil, 2008).

A principal causa dessas mortes em todo o país, tal como há varias décadas, é a hipertensão arterial, o que mostra que o Brasil mudou pouco em relação ao século passado. As outras causas são, por ordem, hemorragias, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério, incluindo ainda os abortamentos. Os abortos realizados em situação precária e de risco estão correlacionados às causas de morte por hemorragias e infecções puerperais.

A condição da ilegalidade do **aborto** conduz a práticas clandestinas e arriscadas. Isso explica a razão pela qual este procedimento, de baixo risco quando realizado em condições adequadas, ainda hoje coloca a saúde e a vida das mulheres em vulnerabilidade.

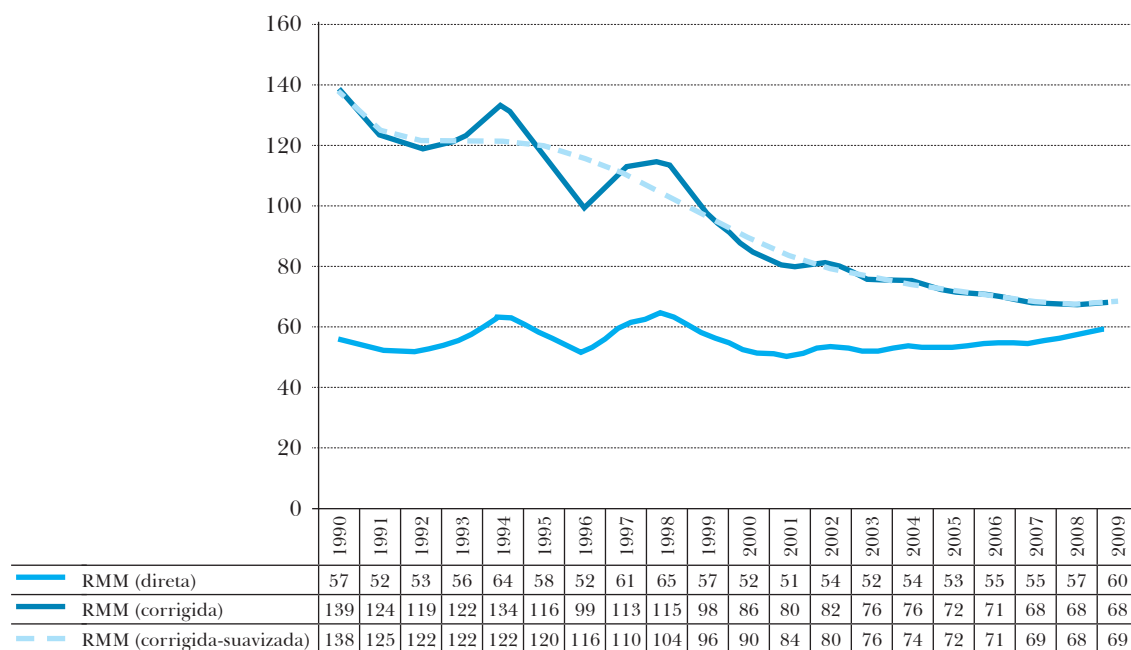
Em decorrência das piores condições de vida e das dificuldades de acesso à assistência à saúde, são as mulheres negras com baixa escolaridade, solteiras, com idade entre 20 e 39 anos, as que mais morrem, por todas as causas, no Brasil (Brasil, 2008).

Tendências da razão de mortalidade materna

Um grande problema em relação ao indicador RMM é a sua confiabilidade. Para resolver ou atenuar essa situação, vêm sendo desenvolvidas diversas iniciativas no Brasil desde a década de 1990, buscando melhorar a cobertura que resulta na subnotificação ou no sub-registro do evento no Sistema de Informações sobre a Mortalidade (SIM), assim como a qualidade da informação quanto às causas básicas na declaração do óbito resultando na subinformação. A criação e o funcionamento adequado dos Comitês de Mortalidade Materna e a institucionalização da Vigilância do Óbito Materno constituem estratégias que podem ter impacto sobre a melhoria da qualidade da RMM.

A implantação do SUS efetivamente ampliou a cobertura e o acesso à saúde e também possibilitou a adoção de um conjunto de ações específicas para redução da mortalidade materna. Como resultado, houve uma queda nessas mortes de 46%, entre 1990 e 2009. Em 1990, a RMM corrigida foi de 139 óbitos por cem mil NV, caindo para 68 em 2009 (Gráfico 2). Mesmo com essa redução importante, a razão de mortalidade materna no Brasil ainda é extremamente elevada. Em muitos países, a RMM é menor do que 10, como, por exemplo, na França (8), no Canadá (9) e na Itália (2) no período entre 2000 e 2009 (OMS, 2011).

Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por cem mil nascidos vivos (direta e corrigida). Brasil – 1990-2009*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
RMM (direta)	57	52	53	56	64	58	52	61	65	57	52	51	54	52	54	53	55	55	57	60
RMM (corrigida)	139	124	119	122	134	116	99	113	115	98	86	80	82	76	76	72	71	68	68	68
RMM (corrigida-suavizada)	138	125	122	122	122	120	116	110	104	96	90	84	80	76	74	72	71	69	68	69

* A RMM foi ajustada com uma função polinomial grau 6 com R^2= 0,947.

Fonte: Bonilha, 2011.

Nos últimos anos, especialmente a partir de 2001, observa-se redução no ritmo da queda da RMM quando comparado aos anos anteriores. O fato pode estar relacionado à melhoria de qualidade das informações, com aumento dos registros em decorrência de esforços adotados para esse fim, como a estratégia para redução dos óbitos por causas mal

definidas, a autópsia verbal, a busca ativa de óbitos e nascimentos nos estados das regiões Norte e Nordeste onde há baixa notificação. Além disso, é importante considerar a implantação da vigilância do óbito fetal, infantil, materno e por causas mal definidas.

O Brasil estabeleceu como meta para o quinto ODM a redução em três quartos da RMM até 2015. Tomando como referência o ano de 1990, a meta brasileira pretende que a RMM atinja o valor igual ou inferior a 35 óbitos por cem mil NV. Apesar das variadas estratégias que vêm sendo adotadas nos últimos anos, incluindo a instalação de comitês e os recentes pactos de redução da morte materna firmados pelo SUS, o Brasil ainda não logrou as mudanças pretendidas.

A expansão da cobertura propiciada pela ampliação do acesso à atenção primária resultou em um novo quadro de acesso a tecnologias e serviços para as mulheres. O planejamento familiar com oferta de contraceptivos se espraiou por todo o território nacional, melhorou a concentração de consultas de pré-natal e também a cobertura ao parto institucional. Entretanto, são elevadas as prevalências de atenção inadequada ao pré-natal e de desigualdades sociais. Estudo realizado a partir da análise de distintas fontes mostra que 38% das mulheres grávidas tiveram seu pré-natal inadequado. A inadequação da atenção concentrou-se nas mulheres de estratos inferiores de renda: 71% destas mulheres eram as mais pobres e 14%, as mais ricas (Barros *et al.*, 2005).

Os benefícios dessa expansão da oferta de serviços com impacto observado na redução da mortalidade materna, destacados anteriormente, devem ser creditados à implantação do SUS. A despeito da importância do acesso e da qualificação dos serviços de atenção reprodutiva na redução da RMM, é necessário prevenir enfaticamente a medicalização que, paradoxalmente, nessas condições pode ser produzida. É por isso que a política deve prever iniciativas de vigilância e controle sobre o aumento da medicalização, particularmente, das cesarianas, das episiotomias e do uso abusivo de exame ultrassom (Victora *et al.*, 2011).

Medicalização consiste no uso abusivo de drogas ou procedimentos desnecessários, muitas vezes sem evidências sobre os benefícios à saúde. A indústria setorial e o mercado de serviços de saúde estimulam a prática da medicalização entre os profissionais da saúde e a população.

A intervenção médica desnecessária sobre o corpo feminino é muito frequente e provoca danos irreversíveis à saúde das mulheres. Cesarianas, episiotomias, laqueaduras e histerectomias são procedimentos arriscados e de uso abusivo. Outro caso exemplar é a reposição hormonal. De uso corrente nas mulheres no climatério e na menopausa há mais de duas décadas, o uso de hormônios para esse fim é hoje questionado por diversos estudos que comprovam efeitos de aumento do risco de outras doenças.

Desde os anos 80, o Brasil desponta no cenário mundial como campeão das cesarianas, apesar do reconhecimento dos riscos, tanto para as mulheres como para os recém-nascidos, envolvidos nesse procedimento. Esse fato está fortemente associado ao processo de trabalho dos profissionais médicos e, ao mesmo tempo, a um fetiche criado e valorizado pela cultura de consumo entre as mulheres (Costa, 2003).

Os estudos convergem para a maior prevalência de cesarianas entre as mulheres mais ricas, que têm maior acesso aos serviços e às tecnologias médicas e, por isso, são as que apresentam maior risco de sofrer essa intervenção, quando comparadas às mais pobres. Nas últimas décadas, foram adotadas medidas governamentais reguladoras visando a qualificar a indicação e tentar reduzir a ocorrência do parto cirúrgico. Mesmo tímidas, já existem mudanças no SUS, mas o número de cesarianas nos últimos anos vem crescendo nos serviços privados de atenção à saúde. A realização excessiva de cesarianas desnecessárias contribui para a elevada razão de mortalidade materna em nosso país.

Políticas de saúde para as mulheres

Depois desta breve descrição da situação e das necessidades de saúde das mulheres, a seguir são apresentadas as propostas de políticas específicas adotadas no Brasil e analisados os contextos nacionais e internacionais relacionados aos temas população, demografia,

planejamento familiar e conferências internacionais, para apoiar a compreensão e análise crítica das políticas nacionais.

De forma particular, serão comentadas as influências que incidiram sobre a noção de integralidade que estruturou as políticas de atenção integral para as mulheres: a concepção de saúde coletiva adotada pela Reforma Sanitária e a desconstrução das relações de poder desiguais entre homens e mulheres, a apropriação do corpo e a autonomia problematizadas pelo feminismo.

Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI)

Desde a década de 1960 e até o início dos anos 80, a atenção à saúde da mulher se resumia ao Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) do Ministério da Saúde. Como ficou esclarecido no capítulo 11, no período anterior ao SUS, o ministério e as secretarias estaduais de Saúde atendiam às pessoas descobertas pela previdência social, ou seja, aquelas excluídas do mercado formal de trabalho. Por sua vez, o PSMI oferecia apenas ações para o cuidado da gravidez, mais precisamente voltadas ao atendimento pré-natal e controle do puerpério da população pobre não previdenciária.

Os programas de saúde materno-infantil foram incentivados pela OMS como estratégia para reduzir a mortalidade infantil nos países periféricos e, portanto, priorizava a proteção do feto. Essa concepção de saúde materno-infantil, que serviu de base na organização dos serviços de saúde pública no Brasil, não incluiu entre seus objetivos programáticos o conjunto das necessidades em atenção à saúde da população feminina, nem mesmo aquelas relacionadas com a reprodução. Por sua vez, os estudos e pesquisas sobre a saúde da mulher realizados no país também foram influenciados pela abordagem materno-infantil, e o panorama apenas foi ampliado a partir dos anos 90. A produção científica tem grande influência no direcionamento das políticas, e a persistência da concepção 'materno-infantil' encerra um ciclo perverso sobre a saúde das mulheres, influenciando profundamente a cultura de organização da atenção à saúde (Aquino & Marinho, 2002).

O PSMI era definido e planejado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e constava da oferta de um conjunto de ações dispostas em metas para serem executadas pelas secretarias estaduais de Saúde de todo o país. Com baixas coberturas, o PSMI tinha o seu desempenho afetado pela desarticulação e pelo paralelismo dos serviços e ações oferecidos pelas instituições de saúde, característicos do período anterior ao SUS.

Para refletir

O Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) foi a primeira política formulada para as mulheres e se restringiu à oferta de serviços de atenção à saúde do 'binômio mãe-filho'. O foco sobre as mulheres diz respeito tão somente à garantia do desfecho gestacional e está associado à preservação do valor da maternidade no centro do papel social da mulher.

Ainda hoje, apesar da importante presença feminina no mundo do trabalho e da sociedade, a maternidade é valorizada como principal função das mulheres. Essas concepções também prevalecem entre os profissionais e gestores da saúde que insistem em projetos e políticas para o SUS de cunho exclusivo materno-infantil. Esse enfoque político de saúde contribui para reificação das mulheres submetidas aos valores patriarcais, interferindo negativamente na cidadania e na saúde das mulheres.

A partir de sua experiência e de seu conhecimento da atuação das equipes de saúde da família (EqSF) em seus municípios, discuta com seus colegas a abordagem da saúde da mulher pelas EqSF. Predomina um enfoque materno-infantil ou de atenção integral à saúde da mulher? Por quê?

No final dos anos 70, durante o governo militar, o Ministério da Saúde tentou reformular o PSMI, incorporando ações de planejamento familiar, o que causou grande polêmica envolvendo a Igreja e a sociedade. À época, os interesses internacionais pela adoção de políticas de controle demográfico no Brasil direcionavam a proposta de oferta do planejamento familiar, cujos objetivos estavam centrados no espaçamento e na redução dos nascimentos como forma de controle sobre a população.

Controle demográfico, planejamento familiar e direitos reprodutivos

A polêmica acerca do controle demográfico surgiu no século XVII, quando o reverendo Thomas Robert Malthus (1766-1834) anunciou o descompasso entre o crescimento da população e a produção de alimentos. Malthus ressaltava os perigos da superpopulação mundial em decorrência do elevado ritmo de crescimento da população planetária, que ocorreria em progressão geométrica em descompasso com a produção de alimentos, cujo crescimento aconteceria em progressão aritmética. Apesar de falaciosas, as teses malthusianas sobrevivem entre os setores mais conservadores, defensores do controle de população como forma de redução da pobreza, negando suas determinações socioeconômicas.

Mesmo com a grande população mundial existente hoje, a produção de alimentos apresenta crescimento contínuo e suficiente, o que não quer dizer que todos os habitantes do planeta tenham acesso igual aos alimentos. A desigualdade na distribuição e no acesso aos alimentos entre os continentes, países e regiões é responsável pela persistência da fome e da miséria dos excluídos social e economicamente, e não o crescimento populacional.

A primeira preocupação registrada com essa temática ocorreu em 1853, com a Conferência Científica sobre População, em Bruxelas. Com o objetivo de realizar um censo para apoiar a ação e o controle sanitário, marcou o início da articulação entre saúde e população. Mais tarde, em 1927, Margareth Sanger, defensora pioneira do planejamento familiar, organizou outra conferência em Genebra, dando origem à União Internacional para o Estudo Científico sobre População, agrupando pesquisadores interessados em desvendar os vínculos entre fenômenos demográficos e a evolução da sociedade (Lassonde, 1997).

Após a Segunda Guerra Mundial, o tema 'população' assumiu uma importância tanto científica quanto política. Entraram em cena os interesses dos Estados Unidos, que criaram fundações para fomentar estudos e debates sobre os riscos do crescimento populacional mundial. Na criação da ONU, em 1946, foi instalada a Comissão de População, destinada a tratar do tema.

Margareth Sanger liderou, em 1952, a criação do International Planned Parenthood Federation (IPPF), com sede em Londres, com o objetivo de disseminar o planejamento familiar como estratégia para o controle demográfico. O IPPF contou com apoio financeiro de diversas fundações interessadas em população e ofereceu apoio técnico e financeiro aos países periféricos, africanos e latino-americanos. Mais tarde, no Brasil dos anos 70, o IPPF financiou entidades e instituições médicas que realizaram e difundiram práticas de plane-

jamento familiar, especialmente com o uso de métodos contraceptivos de alta eficácia, com vistas a introduzir o controle da natalidade no país (Brasil, 1993).

Controle demográfico no Brasil

Os antecedentes históricos permitem afirmar que, embora difuso, o discurso sobre o controle de nascimentos, que já estava presente nos primórdios do Brasil Colônia, atravessou o Império e chegou ao início da República. Marcado inicialmente por uma dissimulada tendência pró-natalista, também teve a inserção de nuances eugênicas voltadas ao aperfeiçoamento e à melhoria da 'raça brasileira' (Fonseca Sobrinho, 1993).

Para refletir

É importante lembrar que a eugenia, em cujas bases se ancora a discriminação racial/étnica, é argumento recorrente na justificativa para o planejamento familiar. Nos tempos atuais, quando avançam as conquistas das lutas étnicas e raciais, esse pensamento tornou-se condenável socialmente, mas isso não impediu, nem impedirá, a extinção desses valores na sociedade. Identifique possíveis ações para reduzir a discriminação pela cor da pele nos serviços de saúde.

No período colonial, a Igreja Católica atuou de forma vigorosa na disseminação do ideário social pretendido para o Brasil: uma sociedade portuguesa e cristã. Para isso, envolveu tanto estratégias no plano do discurso cotidiano normativo dos púlpitos como decisões que impediam as mulheres de assumirem outro papel que não aquele determinado pela vida familiar. A Igreja atuou promovendo e incentivando as mulheres à obediência e servidão aos homens, incluindo a procriação de tantos filhos quantos Deus ou a natureza determinassem (Del Priori, 1993). Nesse processo, foi construída uma correspondente imagem social da feminilidade.

Imagem social da feminilidade

De forma particular e decisiva, a medicina foi a grande aliada da Igreja na construção de uma imagem regular da feminilidade. Médico e padre tinham acesso à intimidade das mulheres, mesmo com objetivos aparentemente distintos: um, voltado aos cuidados com o corpo, o outro, com a alma. Nas duas situações, ressalta-se uma intervenção na vida privada das mulheres. No caso da medicina, essa intervenção é reforçada pela normatização e pela autoridade médica sobre o corpo feminino (Del Priori, 1993). Os médicos convenceram as mulheres sobre a fragilidade do seu corpo e também sobre a sua capacidade de induzir doenças nos homens. Assim, a mulher é expropriada do seu corpo, que se torna objeto médico por excelência (Foucault, 1979).

Tal como nos tempos atuais, para a Igreja, a prática sexual somente deveria servir para a procriação. Todas as marcas do desejo carnal e de animalidade do ato sexual deveriam ser neutralizadas pela concepção. As penas da vida conjugal, assim como os eventuais sofrimentos decorrentes do parto, eram vistos como oportunidades 'purificadoras', redentoras do pecado para a ressurreição, 'santificando' as mulheres via maternidade. As mulheres infecundas eram amaldiçoadas pela incapacidade de reverter os pecados do coito na pureza da gravidez (Del Priori, 1993).

Os dogmas da Igreja influenciaram o pensamento da sociedade sobre o planejamento familiar desde os tempos do Brasil Colônia até o início da República. Na década de 1930, em decorrência da criação do salário-família e do auxílio-natalidade, o governo de Getúlio

explicita uma clara tendência por uma política pró-natalista, ou seja, de estímulo aos nascimentos. Ao mesmo tempo, regulamenta a jornada diária de trabalho em oito horas e institui a licença-maternidade (à época, de apenas trinta dias), que protege parcialmente e permite o trabalho feminino fora de casa.

Controle populacional e planejamento familiar nos governos militares

Igreja, militares, políticos e intelectuais alimentaram mais de duas décadas de debates sobre o controle de crescimento de população no Brasil. Omisso e ambíguo, o governo brasileiro não definiu nenhuma posição quanto ao planejamento familiar, mas permitiu a ação de entidades internacionais voltadas para o controle da natalidade, sem exercer controle ou fiscalização sobre as suas ações. Esse fato é comentado por Rocha (1993: 33):

> Nos anos 70, considera-se que o governo brasileiro apresentava um comportamento ambíguo, durante quase todo o período: de um lado, com uma posição cautelosa em direção a uma política social que envolvesse a fecundidade, de outro, com uma posição permissiva face às entidades particulares que atuavam no setor. Julga-se que aquela moderação estava relacionada às objeções a uma política controlista, colocadas não somente por parte de vários segmentos do Estado como também da própria sociedade.

Nesse período, passaram a ter expressão no cenário nacional grupos governamentais neomalthusianos, cujas ideias eram baseadas na correlação entre os recursos de sobrevivência humana e a dinâmica populacional. A presença desses grupos pesou na possibilidade de ser acatada pela ditadura militar uma política de controle demográfico no Brasil, mas, de fato, isso nunca aconteceu. A Igreja, bem como setores mais críticos da sociedade, por motivos distintos fizeram oposição a essas propostas. A ausência de consenso social sobre o tema do planejamento familiar, diretamente associado aos objetivos do controle demográfico, estabeleceu limites aos interesses no interior do governo.

A política dos Estados Unidos junto aos países da América Latina nesses anos condicionou a concessão de ajuda econômica à adoção de programas e estratégias para reduzir o crescimento demográfico. Os acordos internacionais de cooperação financeira com o Fundo Monetário Internacional ou Banco Mundial continham cláusulas que explicitavam os compromissos dos países beneficiados com o controle de população. Para essas agências internacionais, o crescimento econômico e o próprio desenvolvimento social somente seriam possíveis com intervenções dirigidas à redução do ritmo do crescimento demográfico.

No Brasil, os movimentos sociais, partidos políticos de esquerda (clandestinos à época) e outros setores sociais progressistas denunciaram a instituição do controle da natalidade como mecanismo para o avanço dos interesses imperialistas americanos. Alguns desses grupos chegavam a preconizar a necessidade de incentivar o aumento da natalidade para acelerar a ocupação do território nacional e, assim, garantir a autonomia e a soberania. Esse discurso, comum entre os setores de esquerda, também serviu aos nacionalistas que, durante a ditadura militar, chegaram a proclamar a máxima "integrar para não entregar".

A presença assídua do tema nos discursos e nas práticas da Igreja reforça os dogmas e a moral doutrinária católica, que restringem a prática do sexo à procriação. Ao final dos anos 70, a Igreja passou a admitir um 'certo' controle da fertilidade, desde que o método utilizado fosse o da abstinência sexual periódica. Esse método, denominado pela Igreja

como 'natural', representou importante avanço na modificação das herméticas orientações consagradas no Concílio de Trento, realizado no século XVII (Fonseca Sobrinho, 1993).

O envolvimento do setor saúde com o tema do planejamento familiar também teve uma trajetória conturbada e ambígua. Em meados dos anos 70, a partir de negociações com a Igreja, o Ministério da Saúde introduziu no PSMI uma ação de incentivo à 'paternidade responsável'. No ano de 1977, foi elaborado, e em seguida engavetado, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), destinado a prover contracepção às mulheres que apresentassem situações de risco biológico ou social para a gravidez. Esse programa, polêmico, em razão de seu caráter pró-controle populacional, eugênico e discriminatório, foi extinto nas suas origens. Outra vez pesaram os interesses da Igreja, além das duras críticas recebidas dos setores progressistas da sociedade (Costa, 1999). De fato, os critérios de identificação e de classificação do risco materno e neonatal adotados pelo referido programa encaminhavam decisões dos serviços de saúde pela redução de nascimentos de pobres, negros e outras populações excluídas.

A fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema do planejamento familiar criou um vácuo institucional do Estado, favorecendo a ação das instituições de planejamento familiar de qualidade questionável, cujos interesses eram de controle demográfico. Agindo livremente em todo o território nacional, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) foram instituições que tiveram a maior relevância nesse contexto e implementaram ações coercitivas de controle da natalidade (Brasil, 1993; Fonseca Sobrinho, 1993).

A Bemfam, criada em novembro de 1965, com sede no Rio de Janeiro, foi concebida como uma entidade privada sem fins lucrativos, sendo a primeira instituição a realizar o planejamento familiar no país atuando em quase todo o território nacional. Filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (conhecida pela sigla em inglês IPPF), foi considerada de utilidade pública nacional a partir de 1971. No início, a ação da Bemfam foi caracterizada pela criação de clínicas de atendimento e distribuição de anticoncepcionais para mulheres pobres, em diversos estados. No seu segundo momento, parte para uma ação mais incisiva: estabelece convênios com municípios, estados e até mesmo com a esfera federal, atingindo relativa expansão no ano de 1976.

Essa expansão também se fez pelo Programa de Distribuição Comunitária de Anticonceptivos, adotado especialmente na região Nordeste, com o objetivo de ampliar a cobertura e reduzir os custos familiares com anticonceptivos (Pêgo & Richa, 1987). A distribuição de métodos contraceptivos sem critérios e sem o monitoramento clínico configura uma situação de risco para as mulheres até hoje não dimensionado.

No caso do CPAIMC, o financiamento para as suas atividades no Brasil provinha das instituições vinculadas à Agency for International Development (AID), dos Estados Unidos, através da Family Planning International Assistance (FPIA), a Pathfinder Foundation e outras. Sua estratégia, no entanto, foi mais agressiva e eficaz na criação e consolidação de uma ideologia contraceptiva intervencionista entre os profissionais da saúde. Para tanto, financiou treinamentos de docentes de faculdades de medicina, enfermagem e de outras áreas afins, além de sustentar uma verdadeira rede de médicos que realizavam esterilização cirúrgica de mulheres via laparoscopia, doando o equipamento e subsidiando as suas atividades. O CPAIMC distribuiu material e insumos contraceptivos para diversas outras instituições

congêneres, usando de sua prerrogativa de isenção de impostos para importação, por ser entidade considerada de utilidade pública, sem fins lucrativos (Brasil, 1993).

Durante a recrudescência da ditadura militar brasileira nos anos 70, o discurso da segurança nacional foi reforçado pelos militares ameaçados pela expansão do contingente de pobres com famílias numerosas, para eles presas fáceis para a propaganda de ideias subversivas (Fonseca Sobrinho, 1993). Ressaltam-se, ainda entre os militares, frequentes discursos propagando ideias eugênicas, como na declaração do general Valdir Vasconcelos, em 1982, sobre a presença de uma sub-raça de brasileiros que não atingiam as mínimas condições físicas e de saúde exigidas para o ingresso no serviço militar, o que para ele justificava a premência de medidas de controle populacional (Costa, 2004).

A explicitação de posições simpáticas ao controle da natalidade entre os militares e o pronunciamento do general Figueiredo com referência à explosão demográfica, na abertura do ano de 1983, por meio do qual exigiu medidas governamentais, provocaram reações nos setores da sociedade. Pela primeira vez, as feministas, que se organizavam de forma incipiente no país, manifestaram indignação pela omissão dos interesses das mulheres em assunto que dizia respeito essencialmente a elas.

Para as feministas, a autonomia das mulheres nas decisões quanto à sexualidade e à procriação era inegociável. Por isso, rejeitaram políticas coercitivas de controle populacional ou mesmo o estímulo à expansão demográfica para ocupação territorial. Nesse contexto, o movimento feminista passou a demandar ao governo a oferta de ações de saúde e planejamento familiar com tecnologias e métodos contraceptivos seguros, que as mulheres pudessem escolher livremente de acordo com os seus desejos, opondo-se firmemente às manipulações dos grupos 'controlistas e natalistas' sobre o corpo feminino (Costa, 1992, 2004; Pêgo, 1987).

O contexto da maior participação das mulheres no mercado de trabalho foi acompanhado pela ampliação de suas aspirações de cidadania, com a ruptura do papel social exclusivo que lhes era atribuído pela maternidade. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passou a ser desejo das mulheres, condição para viverem plenamente a sexualidade. Essa conjuntura impulsionou a sociedade e o governo por inovações nas políticas que fossem condizentes com as necessidades de prover acesso seguro aos métodos contraceptivos.

Apesar da contradição com as ideias dos militares no enfrentamento da questão da demografia e do planejamento familiar, o Ministério da Saúde, designado pelo governo para apresentar uma política concreta sobre o tema, deu um passo à frente produzindo uma proposta para a oferta do planejamento familiar, no contexto da saúde, desvinculada de metas demográficas e que preservava a autonomia das pessoas nas decisões. Isso foi possível pela presença, naquele ministério, no período final da ditadura militar, de técnicos politicamente comprometidos com a democracia e a saúde. Essa proposta de política foi gestada enquanto o Congresso Nacional realizava uma Comissão Parlamentar de Inquérito para avaliar o crescimento demográfico. Esse movimento do governo e do poder legislativo tinha ainda o objetivo de construir a posição brasileira a ser apresentada na Conferência de População, agendada para o ano seguinte, 1984, no México.

Como resultado, prevaleceu o discurso consensual baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais sobre a definição do tamanho da prole. Esse consenso entre governo e setores da sociedade civil teve como respaldo, no setor saúde, o processo avançado do movimento da Reforma Sanitária e, na sociedade civil, grupos

de mulheres com orientação feminista. Assim surgiu, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que será tratado adiante.

Conferências internacionais: cenário de novos consensos e acordos

Nas crises políticas, econômicas ou mesmo nas situações de preservação ou busca de identidade de determinado grupo populacional, geralmente reacendem as preocupações com a população. A previsão da explosão demográfica no planeta foi a causa do ressurgimento do debate demográfico na década de 1970. Em virtude disso, os países centrais do capitalismo passaram a difundir para os países periféricos uma concepção de correlação direta entre crescimento demográfico e desenvolvimento.

A constatação dos interesses dos Estados Unidos na disseminação da ideologia do controle da natalidade no Terceiro Mundo está registrada no documento oficial "Implicações do crescimento da população mundial para a segurança e os interesses dos EUA", codificado como NSSM-200, de 10 de dezembro de 1974 (Brasil, 1993). Esse documento, que só veio a ser divulgado no Brasil em 1989, adverte sobre os aspectos econômicos, políticos e ecológicos ameaçados pela anunciada explosão demográfica (Brasil, 1993).

O tema 'planejamento familiar' mostrou-se recorrente nas conferências sobre população promovidas pelas Nações Unidas em 1974, em Bucareste; em 1984, no México; e em 1994, no Cairo. Nesses eventos, o Brasil defendeu o livre-arbítrio das pessoas e dos casais em relação ao número de filhos, desatrelando práticas contraceptivas dos interesses do Estado relativos às dinâmicas populacionais e políticas demográficas.

Na Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, realizada no Rio de Janeiro em 1992, o Brasil sofreu grande pressão de um grupo de países liderados pelos Estados Unidos a respeito da necessidade de se adotar o controle demográfico para garantir a preservação e o equilíbrio ambiental dos recursos naturais. Essa reconfiguração do debate internacional contou com a adesão de importantes setores ambientalistas que, nesse momento, se apresentaram como aliados ao ideário neomalthusiano, respaldando as propostas do controle demográfico.

Nos anos 80 e 90, a articulação de controle demográfico às políticas para a saúde da mulher foi fortalecida, pela via do planejamento familiar e dos direitos sexuais e reprodutivos. O plano de ação resultante da Conferência sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo, é a expressão disso. Essa conferência teve seu objetivo ampliado para debater o programa de ação relacionado à dimensão demográfica do desenvolvimento sustentável, intensificando o esforço empreendido no Rio de Janeiro, em 1992, na Conferência Mundial do Meio Ambiente.

A conferência no Cairo não se envolveu na aprovação das propostas para o campo do desenvolvimento econômico e social, direcionando seus esforços ao tema da demografia e população e a recomendações em relação à fecundidade e ao planejamento familiar, contextualizadas em direitos reprodutivos e direitos humanos. Entretanto, a conferência no Cairo emudeceu diante de importantes questões demográficas contemporâneas, como o envelhecimento populacional, a mortalidade geral e as migrações (Lassonde, 1997).

No Cairo, passou a ser adotado o conceito da saúde sexual e reprodutiva, referido como o estado de bem-estar físico, mental e social das pessoas, aplicado a tudo o que se refere ao funcionamento do aparelho genital (Lassonde, 1997). Tal como nas outras, essa

conferência contou com o protagonismo do Vaticano, que mais uma vez ocupou espaço privilegiado polarizando os dogmas da Igreja sobre reprodução, sobretudo nos temas da anticoncepção e do aborto.

Apesar do caráter inicial essencialmente biológico, o conceito de saúde sexual e reprodutiva foi investido e valorizado pela agregação de valores atrelados aos direitos: a possibilidade de as pessoas viverem sua vida sexual de forma satisfatória e segura, a liberdade de procriarem livremente, de acordo com seus desejos. Nesse contexto, a saúde reprodutiva, por incorporar homens e mulheres, passou a recomendar a consideração das relações de gênero nos processos de formulação e efetivação das políticas públicas, garantindo a autonomia nas decisões sobre concepção e contracepção, incluindo o acesso e a escolha de métodos conceptivos e contraceptivos.

Nos anos seguintes, o desdobramento desse debate foi marcado por um esforço em consolidar o conceito de saúde sexual e reprodutiva na sua associação com a equidade e com os direitos reprodutivos e sexuais. Esse esforço teve a intenção de estabelecer "um vínculo entre saúde e direitos reprodutivos, em uma perspectiva que integra premissas de desenvolvimento equitativo e direitos humanos" (Corrêa, 1999: 40). "Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, a decidir livremente a respeito dessas questões, sem verem-se sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência" (Corrêa, 1999: 40).

A importância da presença das mulheres no processo de desenvolvimento foi valorizada em uma seção da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, no ano de 1995. Destacando o papel da mulher na sociedade, o documento ressalta a participação feminina na economia dos países chamando a atenção para as características do trabalho em que as mulheres estão inseridas, envolvendo condições precárias e que acarretam riscos à saúde.

Nessa plataforma, além da reafirmação das recomendações sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos que haviam sido produzidas no Cairo, o capítulo que trata da mulher e da economia estabelece objetivos estratégicos e medidas que os governos, as organizações não governamentais (ONGs) e o setor privado deverão adotar para promoção dos direitos econômicos da mulher. No tocante à saúde, o documento recomenda que os países assumam, com importância prioritária, o desafio de intervir por melhoria da saúde da mulher trabalhadora (ONU, 1996).

Repercussões das conferências nos direitos reprodutivos

Como resultado positivo dessas conferências para os direitos reprodutivos, mais de vinte países mudaram sua legislação sobre o aborto, ampliando as condições e os permissivos ou mesmo legalizando-o. África do Sul, em 1997, Suíça, em 2001, Nepal, em 2002, Portugal, em 2007, e Espanha, em 2010, são alguns dos países que, atendendo às recomendações das conferências realizadas no Cairo e em Beijin, legalizaram a prática do aborto no primeiro trimestre gestacional. No Quadro 1, listam-se alguns países que já haviam conquistado a legalidade do aborto antes mesmo de 1994, ano da conferência no Cairo.

Quadro 1 – Países selecionados com aborto legalizado, ano de legalização, condições e permissivos

País	Ano de legalização	Condições/permissivos
Alemanha	1992	Primeiro trimestre*
Canadá	1969	Sem restrições
China, República Popular	1979	Proibida seleção por sexo
Cuba	1965	Sem restrições
Estados Unidos	1973	Primeiro trimestre*
Federação Russa	1993	Primeiro trimestre*
França	1975	Primeiro trimestre*
Inglaterra	1967	Até 24 semanas
Itália	1978	Primeiro trimestre*
Tunísia	1973	Primeiro trimestre*
Turquia	1983	Primeiro trimestre*
Vietnã	1989	Sem restrições

* Pode variar de 10 a 14 semanas, de acordo com o país.
Fonte: United Nations Population Division, 2002.

A legalização do aborto é um tema ainda polêmico que conta com a oposição vigorosa da Igreja Católica e de outras igrejas evangélicas que, em todo o mundo, atuam no sentido de reverter a conquista da legalidade ou impedir a aprovação de leis relacionadas ao tema. Na Polônia, por exemplo, até 1993, o aborto era legal, e a ação da Igreja sobre o Estado fez com que o permissivo referente à situação socioeconômica da mulher fosse subtraído da lei.

Outro caso que mostra a dimensão dos interesses e a força de pressão da Igreja é o Uruguai. Em 2002, foi aprovada pelos deputados uma lei em defesa da saúde reprodutiva com descriminalização do aborto. Em 2004, essa lei foi rejeitada pelo Senado por pressão da Igreja. Entretanto, o Ministério da Saúde uruguaio publicou uma norma para os serviços de saúde destinada à redução de danos do aborto clandestino, na qual recomenda e orienta o uso do misoprostol como droga abortifaciente e outras medidas para preservar a vida das mulheres que recorrem ao aborto. Em 2008, o mesmo projeto de lei retornou à votação do parlamento uruguaio, sendo dessa vez aprovado pelas duas casas legislativas, contudo posteriormente vetado pelo presidente da República. Em dezembro de 2011, o tema foi novamente legislado e o parlamento aprovou outra vez a mesma legislação, fato seguido da excomunhão dos deputados pela Igreja Católica.

Com a aprovação dessa lei, o Uruguai se junta a Cuba, Porto Rico, Guiana e Guiana Francesa, que são os países latino-americanos com aborto legalizado. A ilegalidade absoluta, mesmo nos casos de risco de vida para a mulher, ainda hoje persiste nas legislações de Chile, Honduras, Haiti, Suriname, El Salvador, Nicarágua e República Dominicana. À exceção da Venezuela e do Paraguai, nos quais se permite a prática do aborto apenas nos casos de risco de morte da mulher, os demais países têm uma condição legal parecida com a do Brasil, ou seja, os casos permitidos são aqueles que envolvem risco de morte materna e de gravidez decorrente de violência sexual por estupro.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1983, pelo Ministério da Saúde, em resposta às tensões na sociedade e no governo sobre os temas do planejamento familiar e da dinâmica demográfica. Aconteciam no país os primeiros movimentos de restauração da democracia, e as instituições de saúde e da sociedade se mobilizavam para garantir o direito universal à saúde, de forma que o PAISM é influenciado por todo esse contexto.

Em consequência do processo de mudanças na sociedade, no qual foram incluídos novos papéis e desafios para as mulheres, surgiram outros valores e moralidades associados à ampliação da consciência das mulheres acerca do desejo e da autonomia sobre seus corpos e a sexualidade. É nesse contexto que, articulando as ideias feministas aos movimentos pelo direito à saúde pela Reforma Sanitária, foi possível a formulação do PAISM. No núcleo dessa política, as mulheres são instituídas como sujeitos de direitos, cujas identidades social e cultural correlacionadas às demandas em saúde ampliam a concepção e as práticas dos serviços de atenção destinados às mulheres.

O PAISM foi estruturado por meio de um conjunto de princípios e diretrizes programáticos abrangentes, contemplando as diversas etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, desde a infância até a velhice, da promoção à recuperação da saúde, incluindo as demandas reprodutivas. No programa, o planejamento familiar deve atender às necessidades de contracepção e também às de concepção com atenção aos casos de infertilidade, preservando a autonomia e garantindo "o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais" (Brasil, 1984).

O **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** (**PAISM**) preconiza que os serviços de saúde devem atuar no fortalecimento do poder das mulheres (*empowerment*), valorizando, para tanto, a ética humanizada nas relações destas com os serviços e com os profissionais da saúde e garantindo práticas educativas para ampliar a consciência crítica e a autonomia, além de promover os seus direitos.

As práticas educativas no PAISM, formalizadas como ações de saúde, visam a estimular a capacidade crítica das mulheres para garantir a autonomia na escolha dos métodos, do controle da fertilidade e mesmo das condutas e dos tratamentos propostos pelos profissionais. É preconizado que as práticas de educação em saúde devam ser oferecidas continuamente por todos os serviços e abordar as temáticas sobre o corpo, a sexualidade e os direitos das mulheres. Nas diretrizes do PAISM, consta a oferta do conjunto de tecnologias disponíveis para a anticoncepção, tornando a atenção ao planejamento familiar parte da atenção integral à saúde (Brasil, 1984; Costa, 1992, 1999).

Mudanças importantes aconteceram no cenário político e social com impacto sobre a saúde das mulheres. Nos anos 70, setores mais conservadores da sociedade e do governo militar debatiam sobre a necessidade de se estabelecer no país o controle demográfico. Os governos da época se omitiram diante da ação de entidades apoiadas financeiramente pela Federação Internacional de Planejamento Familiar e outras agências similares, como a Bemfam, que realizaram ampla disseminação dos métodos contraceptivos muitas vezes com métodos impositivos e sem o necessário cuidado com os riscos à saúde. Os setores progressistas da sociedade e especialmente de integrantes do movimento da Reforma Sanitária criticaram a omissão dos governos e também contribuíram para a formulação do PAISM.

Com o PAISM, pela primeira vez, foi definida a responsabilidade pública sobre a reprodução e o planejamento familiar, provendo serviços e tecnologias e preservando o livre-arbítrio das pessoas e dos casais quanto à procriação. O livre-arbítrio foi reiterado na Constituição brasileira, que estabeleceu as obrigações do Estado na oferta de meios para a efetivação do planejamento familiar.

Assim, o planejamento familiar se consagra como ação dos serviços de saúde para apoiar as pessoas nas suas necessidades em concepção e contracepção. A lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regulamentou todas as questões relativas ao tema do planejamento familiar.

Adotando o eixo da integralidade na orientação de seus objetivos e de suas estratégias, o PAISM incorporou as distintas dimensões das mulheres como sujeitos de direitos, assumindo, no seu conjunto e na sua complexidade, as demandas e necessidades de saúde dessa população. Nessa perspectiva, o programa enfatizou a necessidade de mudanças nas relações dos serviços com as mulheres e nos modos de abordagem dos profissionais da saúde, baseados no respeito à condição feminina e no direito à saúde integral, por meio da oferta de ações e serviços compatíveis com as necessidades e demandas do grupo. O processo de organização da atenção à saúde deveria suprir, de forma integral, as diferentes situações e problemas de saúde pelos quais as mulheres passam nos distintos ciclos de suas vidas, da infância à velhice.

Os riscos e as vulnerabilidades são acumulativos em relação aos ciclos de vida. A redução da morte materna, sabidamente associada ao acesso e à qualidade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, requer intervenções que modifiquem a saúde das mulheres não grávidas, cujo estado de saúde repercute no desfecho gestacional. Em outras palavras, são ineficazes os programas ou as políticas com objetivo de reduzir a RMM que sejam focados, exclusivamente, na oferta de ações para o período gestacional, parto e pós-parto. A condição pregressa de saúde da mulher grávida, a violência doméstica, a saúde mental, assim como o planejamento familiar, também estão associados às mortes maternas.

As mudanças estratégicas e conceituais propostas pelo PAISM são sintetizadas no Quadro 2 e suas características, comparadas com o PSMI.

Quadro 2 – Comparação entre as características do PSMI e do PAISM

Caracterização	Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI)	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
Estratégia programática	Vertical, centralizada	Horizontal, descentralizada
População-alvo e cobertura	Mulheres grávidas e crianças de famílias não inseridas no mercado formal de trabalho	População feminina, universal
Objetivo	Reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna	Melhorar a saúde da população feminina, em todas as fases e ciclos da vida, reduzindo mortalidade e morbidade
Ações de saúde propostas	Crescimento e desenvolvimento infantil e assistência ao pré-natal, parto* e puerpério para as gestantes e puérperas	Abrange as necessidades e demandas, em todos os seus ciclos de vida
Educação em saúde	Recomendada. O eixo central da abordagem das práticas educativas está relacionado aos cuidados preventivos com a gestação e a saúde do concepto	Valorização de práticas educativas para o *empowerment* envolvendo conhecimento sobre saúde, corpo, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania
Modelo de atenção	Restrito à rede de atenção primária das SES. Exclui serviços de maior complexidade	Integral por meio de ações articuladas entre serviços de todos os níveis de atenção
Participação social	Induzir a corresponsabilidade das mulheres e comunidades sobre a saúde familiar e coletiva	Ampliação da capacidade crítica das mulheres para formação de sujeitos para a ação política

*A atenção ao parto tinha cobertura muito baixa, pois a maioria da população era excluída dos serviços hospitalares.

Fonte: Adaptado pela autora com base em Brasil, 1978, 1984.

A Reforma Sanitária e o feminismo nas origens do PAISM

As fontes inspiradoras das mudanças na política de saúde da mulher foram, pela vertente da saúde, o movimento da Reforma Sanitária e, pela vertente das concepções políticas específicas sobre as mulheres, o movimento feminista.

A efervescência social, política e acadêmica do movimento pelo direito universal à saúde que propôs uma Reforma Sanitária para o país provocou mudanças importantes nas concepções vigentes sobre a saúde. O cenário político que mobilizou os segmentos da sociedade na luta pela Reforma Sanitária foi a gravidade da crise na assistência à saúde, ocorrida na década de 1970, cujos determinantes envolviam aspectos de natureza ética, econômica, política e cultural.

Refletindo as inovações na matriz teórico-conceitual do campo da saúde coletiva, o movimento da Reforma Sanitária construiu suas propostas incorporando a concepção da determinação social da saúde, a partir da visão sistêmica pela qual os problemas são interligados e interdependentes em termos das causas e dos efeitos sobre a saúde. A saúde coletiva formulou também a crítica à medicalização e à fragmentação dos sujeitos, amplamente disseminadas na clínica e na organização dos serviços de saúde.

A Reforma Sanitária brasileira é o ponto de partida das mudanças que têm se processado no campo da saúde nas três últimas décadas. Como apresentado nos capítulos 11 e 12, um de seus desdobramentos no plano da Constituição brasileira é a inclusão da saúde no sistema de seguridade social, elevando-a à condição de direito social. A Constituição assume um conceito ampliado de saúde e cria também o SUS como estratégia para garantir a atenção e o cuidado universal e integral à saúde da população.

O SUS nasce como um compromisso do Estado com o direito à saúde, cuja gestão deve contar com a participação da população, que, por meio de suas representações, passa a ocupar os espaços instituídos de participação social, os conselhos e as conferências de Saúde.

O conceito ampliado de saúde adotado na Constituição contrapõe-se a uma compreensão sobre a saúde e a doença que considera apenas as variáveis de natureza biológica ou o 'modelo biologicista'. A concepção do processo de determinação social inscreve os limites setoriais para a conquista das mudanças necessárias nas condições da saúde coletiva. Para conquistar saúde, é necessário um modelo de Estado ancorado nos compromissos com o bem-estar social, priorizando as políticas sociais produtoras de saúde. As mudanças preconizadas deveriam atingir o modelo do Estado e também se estender para o cotidiano dos serviços. É nos serviços que são identificadas as fragilidades, os limites e as impotências na dimensão do cuidado, da atenção, da iatrogenia que, para serem enfrentadas, é preciso desconstruir a cultura hegemônica de práticas intervencionistas, abusivas e medicalizadas.

Aplicado às mulheres, o conceito da determinação social requer que sejam consideradas as múltiplas dimensões culturais e sociais presentes na inserção das mulheres nos espaços públicos e privados. A esta compreensão mais recentemente foi associado o uso do conceito de gênero, que analisa os fenômenos comparando por sexo e analisando os determinantes e condicionantes relativos a homens e mulheres. Os estudos de gênero têm permitido avanços concretos que repercutem na produção de conhecimentos, nas políticas e nos serviços de atenção e cuidado à saúde para a promoção da integralidade.

Gênero e saúde

A complexidade da saúde da população feminina é consequência dos modos e formas de inserção social e cultural das mulheres na sociedade. Homens e mulheres são construções sociais e culturais modeladas pelos valores atribuídos a um ou outro sexo. Essa é a base da construção de gênero que passa a ser usada como categoria de análise, inicialmente, pelos estudos feministas pioneiros na apresentação de evidências e identificação de repercussões das assimetrias nas relações de poder entre homens e mulheres.

As relações entre homens e mulheres são marcadas pela desigualdade de poder, nas esferas pública e privada, na maioria dos casos desfavorável às mulheres. Desigualdade e discriminação são vinculadas e incidem no processo da determinação social da saúde. Classe social, raça e gênero são categorias que, isoladas ou associadas, se tornaram imprescindíveis nas análises das condições de saúde.

No fim da década de 1940, a filósofa e escritora francesa Simone de Beauvoir, no seu livro *O Segundo Sexo*, provocou grande discussão quando afirmou: "não se nasce mulher, torna-se". Esse foi um marco para o feminismo que, mais tarde, permitiu que estudiosos construíssem o conceito de gênero, que desvincula a anatomia (sexo com o qual se nasce) dos modelos construídos culturalmente pela sociedade para definir valores e comportamentos adequados e esperados para homens e mulheres. Muitos campos de conhecimento têm adotado o conceito de gênero. Entretanto, para a saúde, é relativamente recente a incorporação dessa categoria nos estudos e pesquisas.

Integralidade no eixo da política para a saúde das mulheres

Tal como concebida no PAISM, a integralidade está vinculada à esfera das ações de assistência e deve encontrar tradução no nível das técnicas cientificamente informadas de tratar, cuidar, prevenir e promover, quer dizer, deve estar traduzida em cuidados efetivos à saúde da mulher. Esses cuidados não estariam relacionados estritamente à saúde reprodutiva da mulher, mas à sua condição de 'pessoa', de ser humano integral (Costa, 1999; Silver, 1999).

De maneira complementar a essa perspectiva, a integralidade na assistência pressupõe reconhecer a condição de sujeito social da mulher, em que o bem-estar, o adoecimento e a morte estão vinculados não apenas aos aspectos biológicos, mas, fundamentalmente, às condições sociais, econômicas, culturais e subjetivas que influenciam sua vida cotidiana.

As relações de poder desigual entre homens e mulheres, que estão na base do conceito de gênero, também ocorrem nas relações entre as mulheres e os profissionais da saúde e, do mesmo modo, de forma desfavorável às mulheres. A assimetria de conhecimentos entre as mulheres usuárias e os profissionais na tomada de decisões no âmbito da práxis médica está sustentada pelo conhecimento científico, cujo detentor é a autoridade médica e, por extensão, os serviços de atenção à saúde. Essa assimetria constituiu uma barreira entre os profissionais e os usuários e, de forma particular, as usuárias.

A busca da integralidade em relação à saúde da mulher envolve desconstruir as relações de poder com os serviços e profissionais. O feminismo identificou, denunciou e combateu o isolamento e a subtração da condição de poder das mulheres nas suas relações com os serviços e os profissionais da saúde, especialmente com os médicos. As mudanças na condição e no lugar dos profissionais e dos pacientes nas relações entre eles envolvem processos profundos, cuja análise deve considerar o que Gadamer (1996: 135) comenta a respeito do assunto: "toda autoridade construída por meio de atitudes e medidas está se encaminhando para o exercício de um poder autoritário".

Para a desconstrução dos padrões autoritários do patriarcado, o feminismo destaca a importância da capacidade e a liberdade críticas das mulheres, reconhecidas como "atributos dos que detêm a verdadeira autoridade" (Gadamer, 1996: 139). Nessa perspectiva, os serviços devem promover a liberdade crítica das mulheres na relação que estabelecem com os profissionais da saúde.

Do consenso político pelo PAISM à fragmentação das demandas sociais

Do ponto de vista político, o PAISM tornou-se uma bandeira de diversos movimentos sociais e sindicais, o que mostra um consenso sobre seus princípios e diretrizes. Entretanto, nos últimos anos, os movimentos sociais, incluindo os feministas, já não advogam por ações consistentes em favor da integralidade. Atualmente, as demandas estão associadas a problemas específicos, configurando, talvez, um fenômeno de focalização política dos movimentos sociais.

Importantes temas para a saúde integral passam a constituir bandeiras solitárias descontextualizadas, na maioria das vezes, da totalidade dos problemas de saúde das mulheres. A luta pelo controle da Aids associada ao processo de feminização da epidemia, a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, a legalização do aborto, o parto natural e humanizado ou a saúde das mulheres, negras ou lésbicas, são hoje objetos da ação política dos distintos grupos feministas, em substituição à defesa do princípio da integralidade como base para a política de saúde para todas as mulheres no contexto do SUS.

Você sabia?

A consagração do direito ao planejamento familiar também está na Constituição Federal de 1988, art. 226, parágrafo 7º. Este artigo estabelece as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico, resguardando a liberdade de decisão do casal.

"§ 7º – Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas" (Brasil, 2002).

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi criada em 2004, como parte dos princípios doutrinários e das bases estratégicas do PAISM, e incorporou de forma mais substantiva o conceito de gênero como categoria de análise das condições de vida e saúde das mulheres. Além disso, a PNAISM chamou a atenção para as desigualdades em saúde e identificou as especificidades de demandas dos grupos de mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e de florestas. Definiu como objetivo a garantia dos direitos das mulheres, particularmente o direito à saúde, a ampliação do acesso, a redução de morbimortalidade e de desigualdades, a qualificação e a humanização dos serviços de saúde (Brasil, 2004b).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde divulgou o documento "Direitos sexuais e reprodutivos", que apresenta um conjunto de diretrizes para garantir os referidos direitos para homens e mulheres, com foco especial no planejamento familiar (Brasil, 2005). Entres essas diretrizes, destaca-se a ampliação da oferta de esterilização cirúrgica feminina e masculina,

a criação de serviços de atenção aos casos de infertilidade por meio de reprodução assistida e a preocupação com a reprodução entre pessoas do mesmo sexo e portadoras do HIV. O documento incorpora ainda a estratégia de oferta universal da anticoncepção de emergência e o atendimento ao abortamento nos casos permitidos pela legislação, particularmente na gravidez decorrente da violência sexual.

Mais tarde, em 2009, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral à Saúde dos Homens, voltada à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e à melhoria da saúde masculina, reconhecendo a dimensão de gênero como determinante social das condições de morbimortalidade dessa população (Brasil, 2009a). A inclusão da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos como preocupação de governo fez com que, em 2009, a Agência Nacional de Saúde Suplementar passasse a orientar que planos privados oferecessem ações de planejamento familiar aos seus associados (Brasil, 2009b).

Rede Cegonha, uma releitura do programa materno-infantil?

Em 2011, foi publicada pelo Ministério da Saúde a portaria n. 1.459/2011, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Ela consiste em uma rede de cuidados que visa a assegurar, às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; às crianças, busca garantir o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Mesmo que hoje o aborto seja reconhecido como importante causa de morbimortalidade das mulheres, devendo ser considerado como um dos problemas mais graves da mortalidade materna, a Rede Cegonha não mencionou aborto entre suas preocupações e seus objetivos.

Ressaltando que o objetivo da Rede Cegonha é fomentar um novo modelo de atenção à saúde das mulheres e das crianças, com foco no nascimento e no crescimento e desenvolvimento, a estratégia pretende organizar a rede de atenção materna e infantil, reduzir as mortalidades materna e infantil, principalmente o componente neonatal. Por conseguinte, as ações propostas se restringem ao pré-natal, ao parto e nascimento, ao puerpério e à atenção integral à saúde da criança, sustentadas por um componente logístico.

Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, para garantir a mulheres, recém-nascidos e crianças o direito a:

- ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal;
- transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto;
- vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto – por meio de dois princípios: “gestante não peregrina!” e “vaga sempre para gestantes e bebês!”;
- realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção;
- acompanhante no parto, de livre escolha da gestante;
- atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses, com qualidade e resolutividade;
- acesso ao planejamento reprodutivo.

Para conhecer mais sobre a Rede Cegonha, consulte o portal <www.saude.gov.br>.

Para refletir
Comparando as características, os princípios e as ações propostas pelas diversas políticas e programas, desde o PSMI, PAISM e PNAISM, como você avalia a estratégia da Rede Cegonha?

Integralidade na saúde da mulher no SUS: impactos e desafios

A vontade e o interesse políticos determinam a implantação e consolidação de qualquer política pública e, no caso da saúde das mulheres, podem ser identificados nas contradições das políticas, dos programas ou das estratégias adotados pelo SUS ao longo de sua existência. O consenso dos distintos agentes sociais e setoriais em torno da proposta de integralidade preconizada pelo PAISM transforma-o, de fato, em uma política que contém, no seu bojo, potencial para suportar o uso de mecanismos técnico-institucionais e, consequentemente, ser efetivado. No entanto, sua rota está atravessada por complexas questões políticas, de macro-estrutura, de interesses e vontades políticas que bloquearam e desviaram sua implementação.

A política de atenção integral às mulheres mantida no discurso e na retórica dos diversos ministros e gestores do SUS, na prática, desapareceu. Desde os anos 90, a saúde integral da mulher foi gradual e persistentemente transformada em fragmentos programáticos, fatiados em ações e programas verticalizados com fontes e recursos financeiros específicos, cujos efeitos sobre a organização dos serviços são contraditórios com o sentido da integralidade imprimido como base da política para a saúde das mulheres desde o PAISM.

Entretanto, o acesso universal – que, além de pressuposto para a integralidade, deveria garantir atenção à saúde a todas as mulheres – está distante de ser atingido no país, ainda marcado pelas desigualdades. Embora muitas medidas tenham sido adotadas na organização da atenção e do cuidado à saúde no SUS, desde a década de 1990 até o presente, ainda não foram solucionados problemas estruturais básicos para a garantia dos princípios constitucionais propostos para o sistema, como, por exemplo, o financiamento.

A análise sobre as políticas de saúde para as mulheres não pode estar dissociada da própria análise da implantação do SUS, cujo macrodesafio é sua transformação em política de Estado, de forma que possam ser solucionados os problemas de financiamento e de gestão do sistema, garantindo acesso universal, gratuito e de qualidade.

É preciso ressaltar que as inovações contidas no conceito de integralidade se contrapõem às tendências hegemônicas dos interesses dos gestores, da ciência, do conhecimento e das práticas médicas que valorizam a técnica e a fragmentação. A persistência da ordem hegemônica fez com que, a despeito das intenções contidas nas políticas, a saúde das mulheres se transformasse, de acordo com os interesses técnicos ou políticos de cada dirigente, em múltiplos e convenientes programas – de câncer, pré-natal, parto, violência, planejamento familiar, Rede Cegonha, entre outros.

De acordo com Silver (1999), os serviços de saúde da mulher têm sido, tradicionalmente, restritos às necessidades de saúde reprodutiva, incluindo, às vezes, a detecção precoce de câncer ginecológico ou tratamento de infertilidade. Para a autora, embora essa abordagem tenha permitido melhorar o acesso a esses serviços, também propiciou a fragmentação no atendimento à mulher, pois seus problemas de saúde não se limitam aos órgãos reprodutivos (Silver, 1999). Dessa maneira, os serviços de saúde da mulher percebem de forma parcial as

outras necessidades igualmente importantes e com grandes impactos na saúde, como, por exemplo, hipertensão arterial, anemia severa, desnutrição, depressão e violência doméstica.

Na primeira década do atual milênio, quando em 2004 o Ministério da Saúde anunciou a PNAISM, pareceu que o sentido da integralidade iria recuperar o fôlego necessário para recolocá-la no centro da política de saúde da mulher, aproximando a política das necessidades e demandas da população feminina. Não durou muito e a focalização em problemas sanitários específicos retomou o caminho da fragmentação que, mais uma vez, reduziu a força da concepção de atenção integral.

A política gerada pelo Ministério da Saúde, em 2006, para os direitos sexuais e reprodutivos, apesar da intenção de ampliar o escopo da política de saúde integral das mulheres, inserindo e fortalecendo a dimensão dos direitos, propõe um conjunto de ações programáticas que não vai além do planejamento familiar nos seus componentes de concepção e contracepção. Em compensação, essa política amplia a universalidade ao incluir as demandas reprodutivas das mulheres negras, rurais, transexuais e lésbicas.

No impasse atual para a sobrevivência do projeto político da Reforma Sanitária e do SUS, recai sobre o município e seu respectivo gestor público da saúde uma grande expectativa na garantia da universalidade e da equidade na prestação de assistência que promova, concomitantemente, a participação popular para o controle social, a organização da produção e execução dos cuidados, buscando resolutividade, articulação voltada para atingir maior integralidade das ações, proporcionando a interação do trabalho e a mediação dos conflitos entre trabalhadores e usuários. Essa enorme tarefa requer a renovação das problemáticas e das técnicas a que esse indivíduo, no papel de gestor e de gerente, necessita recorrer (Schraiber *et al.*, 1999).

Sem a renovação das tecnologias gerenciais que favoreçam mudanças estruturais no modelo de atenção integral às mulheres, o que se observa, na prática, é um rearranjo de propostas assistenciais repetitivas e focalizadas, pretensamente voltadas a modificar situações e indicadores específicos. No modelo de organização dos serviços que prevalece, as necessidades de saúde das mulheres são atendidas de maneira fragmentada e pontual por diversos outros programas de saúde tão específicos quanto a Saúde do Adulto, que inclui o Programa de Hipertensão Arterial e o Programa de Diabetes. No que tange às especificidades femininas, a oferta de prevenção de câncer ginecológico, de planejamento familiar ou mesmo de pré-natal se dispõe, igualmente, de forma desarticulada nos serviços de saúde. Em todos os casos, sobressaem as práticas baseadas na lógica dos profissionais e suas preferências técnico-assistenciais em detrimento das necessidades de saúde das mulheres usuárias dos serviços.

A operacionalização e o funcionamento da rede de atenção integral são complexos e exigem muito mais que a mera soma do funcionamento de suas partes. A adição de ofertas dos serviços por si só não dá conta da abrangência e da complexidade de transformar as práticas de saúde com o propósito de conferir sentido à integralidade. A assistência, entendida como um conjunto coordenado de ações e produtos, exige, dos que atuam no papel de gestores e gerentes, habilidades e iniciativas que articulem os trabalhos produtores de saúde aos princípios técnico-científicos, organizacionais e ético-políticos (Schraiber *et al.*, 1999). Além disso, à medida que avança a tendência de especialização no campo da prática médica, aumenta a exigência de uma rede com funções mais sofisticadas de articulação entre os serviços, com garantia de cuidado e de equidade do acesso. A universalidade do

acesso e a garantia da referência a todos os níveis da atenção são condições para a integralidade (Cecílio, 2001).

Se os impasses ocorridos na implantação do SUS repercutiram no processo de implantação das políticas para as mulheres fundamentadas na integralidade, talvez o seu maior desafio seja o de ajustar profissionais e lógicas de organização de serviços à dimensão das suas propostas. É inegável a facilidade, tanto para os serviços como para os profissionais da saúde, de implantar um programa focalizado e pontual. Afinal, as universidades e mesmo as instituições de saúde formam os seus profissionais fracionando o conhecimento, estimulando as subespecializações. Tudo isso guarda relação com as dificuldades e situações aqui apresentadas que impedem a abordagem da integralidade.

Do ponto de vista dos movimentos sociais que atuam na sociedade e dos conselhos na luta pela saúde das mulheres, não restam dúvidas de que, mesmo de forma heterogênea e fragmentada, eles têm desenvolvido um importante e qualificado trabalho de controle social sobre as instituições de saúde, demandando a adoção de iniciativas e a implantação de ações de saúde previstas pelo programa (Costa & Aquino, 2000).

O declínio da fecundidade e a atenção ao planejamento familiar

A dinâmica populacional brasileira exibe uma expressiva diminuição do crescimento com grande impacto da queda da fecundidade nas ultimas décadas e, particularmente, depois da implantação de ações de planejamento familiar sob os princípios do PAISM desde 1983 e, após 2004, da política nacional que o sucedeu. É importante demarcar que, desde 1983, os governos prometem oferecer serviços, atenção, métodos contraceptivos que, aliados à informação, garantiriam a liberdade e a autonomia das pessoas nas decisões reprodutivas em contraponto à política coercitiva de controle demográfico.

Para refletir

Entre as alternativas contraceptivas utilizadas pelas mulheres, constata-se o alto uso dos métodos hormonais, tanto na forma oral como injetáveis, e elevadas taxas de esterilização cirúrgica (ligadura de trompas). Em sua opinião, há adequado controle do risco à saúde para as usuárias de métodos hormonais?

A esterilização cirúrgica vem preocupando as autoridades e os pesquisadores desde 1986. As taxas de arrependimento das mulheres são significativas, indicando, entre outros aspectos, pouca segurança na decisão. Como intervir nessas situações?

A ação do Estado por meio do SUS tem garantido a liberdade e a autonomia para as mulheres e os casais no que diz respeito às decisões sobre a reprodução?

A regulamentação do direito constitucional que assegura liberdade e autonomia sobre o controle da prole se deu pela lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (Brasil, 2004a), chamada Lei do Planejamento Familiar. Ela, por sua vez, repercutiu no poder executivo, que sequencialmente normatizou para o SUS as ações de planejamento familiar.

No entanto, todo esse avanço no plano da legislação ou mesmo das iniciativas do poder executivo não foi suficiente para estabelecer mudanças na tendência de queda da fecundidade no Brasil: o fenômeno se inicia na década de 1960, atravessa os anos 80 e 90 e chega à virada do século com a média de 2,3 filhos por mulher em idade reprodutiva, caindo para 1,94 na

primeira década do novo século. A queda da fecundidade é resultado do uso generalizado de contraceptivos de alta efetividade, como no caso dos hormonais orais e injetáveis e da esterilização cirúrgica, que configuram os métodos mais utilizados (Berquó, 1993). A Tabela 1 apresenta uma série histórica das taxas de fecundidade no Brasil e mostra que, a partir de 2009, a tendência demográfica é decrescente, uma vez que taxas inferiores a 2,1 indicam fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional.

Tabela 1 – Taxas de fecundidade total, segundo as regiões. Brasil – 1940-2009

Regiões	Número médio de filhos por mulher de 15 a 49 anos de idade							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2009
Brasil	6,2	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,3	1,94
Norte	7,2	8,0	8,6	8,2	6,4	4,2	3,2	2,51
Nordeste	7,2	7,5	7,4	7,5	6,2	3,7	2,6	2,04
Sudeste	5,7	5,5	6,3	4,6	3,5	2,4	2,1	1,75
Sul	5,7	5,7	5,9	5,4	3,6	2,5	2,2	1,92
Centro-Oeste	6,4	6,9	6,7	6,4	4,5	2,7	2,2	1,93

Fonte: Elaborado com base em IBGE, 2005, 2011.

A evidente mudança no padrão de procriação, aliada à emergência da Aids na década de 1980, indica que as necessidades relacionadas à sexualidade e aos efeitos da contracepção passam a se contrapor às prioridades anteriores voltadas à atenção para a gravidez, reforçando a importância da abordagem integral da saúde das mulheres. No mesmo contexto, surgem os efeitos da medicalização sobre o corpo e os ciclos vitais femininos no abuso das cesarianas, das laqueaduras e, mais recentemente, das histerectomias (Aquino & Marinho, 2002).

A universalidade do acesso, condição para a integralidade

O acesso a serviços de saúde para a mulher tem se ampliado. Contudo, permanecem lacunas, problemas de qualidade e desigualdades. O acesso a cinco ou mais consultas durante o pré-natal pode ser considerado como um critério mínimo para avaliação da qualidade e do acesso dessa modalidade de atenção. Em 1981, 41% das gestantes realizaram cinco ou mais consultas, enquanto em 2006/7 essa cobertura aumentou para 81%. Entretanto, ao tempo que se observa um crescimento do parto institucionalizado de 80%, em 1981, para 98%, em 2006/07, a ocorrência dos partos por cesariana passou nesse período de 24% para 45%, indicando forte medicalização (Brasil, 2009).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Suplemento Saúde, realizada pelo IBGE, permite conhecer algumas coberturas específicas e sua evolução. A cobertura de exame clínico das mamas realizado no último ano, em mulheres a partir dos 40 anos de idade em 2003, era de apenas 38% (IBGE, 2005).

O mais grave é que 34%, em 2003, e 30%, em 2008, das mulheres nessa faixa etária nunca haviam sido submetidas a um exame clínico de mamas por profissional da saúde. Ademais, 50%, em 2003, e 29%, em 2008, das mulheres dessa idade declararam nunca terem sido submetidas a um exame de mamografia (IBGE, 2005, 2010).

A cobertura de exame Papanicolau para prevenção de câncer de colo de útero realizada nos últimos três anos, em mulheres a partir dos 25 anos de idade, tem se expandido: em 2003, era de 69% e, em 2008, de 85% (IBGE, 2010). Contudo, essa ampliação do acesso ao exame foi maior entre as mulheres com mais anos de estudo, ou seja, maior escolaridade, permanecendo desigualdades de cobertura por estratos de renda. Em 2008, entre as mulheres de 25 anos e mais, com renda inferior a meio salário mínimo, 78% tinham alguma vez realizado exame preventivo para câncer de colo de útero, enquanto entre as mulheres com renda superior a cinco salários mínimos, 95% tinham realizado esse exame (IBGE, 2010).

A desigualdade de acesso aos serviços de saúde para as mulheres grávidas, parturientes ou aquelas que provocam aborto inseguro é responsável pelo fato de que as negras, jovens, pobres e residentes em áreas periurbanas sejam as mais afetadas pela morte materna. Em virtude dessas dificuldades de acesso, a mulher negra tem três vezes mais riscos de morrer de aborto inseguro do que a mulher branca (Brasil, 2005).

As dificuldades ou a falta de acesso aos serviços de saúde configuram uma injusta desigualdade e atingem especialmente as pessoas residentes nas áreas rurais e no interior da Amazônia e do Nordeste e também aquelas que residem nos 10% dos municípios brasileiros que não têm médicos.

Aborto: problema de saúde pública e violação dos direitos das mulheres

Como analisado anteriormente, é grande o significado do aborto como causa da mortalidade materna, apesar de ser um evento subnotificado em virtude da clandestinidade. Entre as causas obstétricas diretas, o aborto é a quarta causa de óbito materno no país (RedeSaude, 2003). A morte de mulheres por aborto indica que muitas engravidam sem o desejarem e que as ações de planejamento familiar não estão funcionando adequadamente. Do ponto de vista médico, a interrupção da gravidez, quando feita sob condições tecnológicas adequadas, não oferece riscos para as mulheres. Na situação atual de ilegalidade, as mulheres grávidas que não querem ou não podem por qualquer razão prosseguir com a gestação acabam realizando o abortamento em condições inapropriadas.

O aborto realizado de modo clandestino envolve riscos à saúde, mas eles não são iguais para todas as mulheres, já que as de classes sociais mais altas buscam serviços que, mesmo clandestinos, são melhores e mais seguros. Por ser causa de morte e de adoecimento de milhares de mulheres todos os anos, o aborto ilegal deve ser tratado como um grave problema de saúde pública. A solução para isso é a retirada da condição da ilegalidade da interrupção voluntária da gravidez na legislação brasileira.

Além dos danos à saúde, a criminalização do aborto constitui uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos, consequentemente aos direitos humanos. Têm sido muitas as tentativas de aprovação de projetos de lei para avançar a democracia nacional, ampliando os permissivos legais ou mesmo descriminalizando o aborto. Nos últimos anos, a sociedade tem debatido o assunto com maior seriedade e compromisso.

Entretanto, esse debate não tem sido fácil, especialmente quando sustentado por dogmas religiosos, como são as posições de bancadas no Congresso Nacional, determinadas a eliminar qualquer possibilidade de aprovação de projetos dessa natureza. O Estado laico tem por base o respeito aos distintos valores religiosos e sociais que não devem impedir que

as necessárias medidas para proteger a saúde sejam adotadas, bem como o livre-arbítrio das mulheres sobre o seu corpo.

Nas conferências de saúde, a situação não é diferente. Os delegados contrários à inclusão do aborto ilegal como problema prioritário para a saúde pública e para a democracia são exemplares na passionalidade do debate. Por tudo isso, é preciso introduzir nesse cenário uma nova racionalidade que seja movida pela ética da solidariedade e pela preservação da vida das mulheres (Mori, 1997). Nessa perspectiva, é importante que os profissionais da saúde, que vivenciam no cotidiano as repercussões dos problemas sobre a saúde e a vida das mulheres, reconheçam, sem ajuizamento moral, a gravidade e a dimensão do problema.

Os profissionais da saúde, que lidam com o sofrimento e a dor das pessoas e que se dedicam ao cuidado do outro, devem ter a capacidade de se deslocar de seus valores e moralidades e não julgar as decisões das mulheres que praticam o aborto e estão sob seus cuidados. Talvez este seja um primeiro passo para que a sociedade tenha outras referências mais democráticas e solidárias para o tratamento do problema do aborto que, diariamente, é o recurso de milhares de mulheres, de todas as classes sociais, religiões, idades e raças, em todas as localidades deste Brasil.

Para refletir

Qual a responsabilidade dos profissionais da saúde na preservação da vida das mulheres que realizam abortos?

O conceito de redução de danos em saúde pública tem sido usado para diminuir os riscos à saúde ou mesmo salvar vidas nos casos associados a situações de ilegalidade, como ocorre quando o objetivo é evitar o contágio por doenças infectocontagiosas entre usuários de drogas injetáveis por meio do fornecimento de seringas individuais, apesar de se tratar de drogas ilícitas.

Há mais de trinta anos, com a descoberta de drogas abortifacientes, as mulheres popularizaram o seu uso e, à época, houve efetivamente uma importante queda na morbimortalidade por aborto que pode ser atribuída ao uso dessas drogas (Arilha & Barbosa, 1993). Todavia, no início dos anos 90, a principal droga abortifaciente teve a venda proibida no Brasil e o acesso passou a ser realizado de forma clandestina e, naturalmente, com a compra dificultada e a custos mais elevados. Reverter a dificuldade de acesso a essa droga pode ser uma das estratégias de redução de danos no caso do aborto.

Na mesma linha, a reorganização do atendimento de emergência, incluindo o transporte e a atenção pertinente a tempo e com qualidade às mulheres que abortam, pode resultar em redução dos danos perversos à saúde das mulheres. Um grande desafio é restabelecer a confiança das mulheres nos serviços e profissionais da saúde. O risco de serem denunciadas como criminosas pela prática do aborto afasta as mulheres dos serviços, retardando ou mesmo impedindo o atendimento e contribuindo para o agravamento da condição de saúde.

Muitas outras estratégias poderão ser criadas para reduzir os danos para a saúde das mulheres ocasionados pelo abortamento inseguro. É necessário agir para garantir e ampliar a anticoncepção eficaz conforme preferências das mulheres, prevenindo a gravidez inde-

sejada, mas é também necessária a promoção do acesso a métodos de abortamento menos arriscados, de atendimento oportuno e de qualidade nas suas complicações.

Considerações finais

Ao longo deste capítulo, foi apresentada a evolução conceitual e das concepções políticas sobre a temática da saúde das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao valorizar o desenvolvimento dos estudos de gênero em saúde e a aplicação da teoria das relações de gênero aos fenômenos relacionados às doenças e mortes das mulheres, fica reconhecido o seu potencial de apontar alternativas de mudanças em saúde.

A despeito de todos os avanços, a atenção à saúde que as mulheres vivenciam no cotidiano ainda é bastante precária e exige muitas transformações que mobilizem os profissionais e os gestores de saúde e transformem as práticas e os serviços. O agravamento das condições de saúde das mulheres em virtude do acúmulo de novas vulnerabilidades e riscos, como no caso da Aids, das doenças relacionadas ao trabalho, da violência sexual e das doenças mentais, constitui desafios que devem ser enfrentados, ao lado dos problemas crônicos dos cânceres ginecológicos e da morte materna. Os riscos e as vulnerabilidades das mulheres são decorrentes da associação das desigualdades nas relações de gênero com as condições de raça e classe social atuantes no processo da determinação social das condições da saúde.

Diante de tudo o que foi exposto, deve-se indagar quais são as bases conceituais e as propostas para uma política de saúde para as mulheres comprometidas com o enfrentamento das mudanças sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde desse grupo. Para a construção ou formulação de uma política de saúde, é necessário conhecer e valorizar os problemas do grupo ao qual se destina, atribuir importância e prioridade política e também rever os caminhos já percorridos reorientando as suas diretrizes e estratégias.

Do ponto de vista político, é necessário valorizar as permanentes tensões e os conflitos que as mudanças relacionadas à saúde das mulheres ocasionam nas relações entre o Estado e a Igreja. Os poderes executivo, legislativo e judiciário, mesmo regidos constitucionalmente pelo princípio da laicidade, ainda se curvam diante da instituição religiosa e das posições dogmáticas quanto aos direitos sexuais e reprodutivos e ao planejamento familiar.

A medicalização como prática abusiva e desnecessária tem as mulheres como alvo, ocasionando uma verdadeira expropriação do corpo feminino. Essa condição está presente tanto no abuso das laqueaduras tubárias como nas taxas campeãs de cesarianas, ou mesmo na realização de histerectomias desnecessárias e na prescrição, sem critérios, de reposição hormonal nas mulheres em climatério. É reconhecido que a prática indiscriminada da cesariana, além de elevar os custos hospitalares, tem relação direta com a morte materna. E a reposição hormonal, além de alimentar a indústria farmacêutica, traz riscos reais à saúde das mulheres e tem seus benefícios questionados. A sociedade deve se responsabilizar por avançar na compreensão ampla e solidária do problema do aborto, cuja condição clandestina tem importância indiscutível na saúde pública, no adoecimento e na morte das mulheres.

Movimentos sociais especialmente atuantes na defesa de mais equidade para a população negra e da livre orientação sexual vêm advertindo o SUS sobre condutas discriminatórias nos serviços ou omissões de oferta de demandas por parte do sistema. Esses grupos reclamam por respeito e reconhecimento de suas demandas e especificidades na atenção

e no cuidado à saúde e, ao vocalizarem suas necessidades, fornecem outros ângulos que reafirmam a complexidade da saúde, particularmente a das mulheres.

Nessa perspectiva, para uma política de saúde das mulheres, é preciso analisar os valores sociais e as discriminações de gênero associados à saúde feminina e buscar mecanismos para fortalecer novas correlações de forças na sociedade que promovam valores que transformem as condições atuais subjacentes às desigualdades e às iniquidades.

As ações desencadeadas no campo da saúde são importantes, mas insuficientes. São necessárias mudanças que requeiram a mobilização e a ação articulada dos setores de governo e da sociedade em um modelo de intervenção intersetorial para a promoção da saúde das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Leituras recomendadas

CAVALCANTE, A. & XAVIER, D. (Orgs.) *Em Defesa da Vida: aborto e direitos humanos*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E. & TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Rio de Janeiro, Brasília: Abrasco, Alames, Editora UnB, 2000.

LOPES, M. J. M; MEYER, D. E. & WALDOW, V. R. (Orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (REDESAÚDE). *Dossiê Mortalidade Materna*, 2003. Disponível em: <www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Mortalidade%20Materna.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2012.

Sites de interesse

Ações Afirmativas em Direitos e Saúde – Ipas Brasil: www.ipas.org.br

Católicas pelo Direito de Decidir: www.catolicasonline.org.br

Comissão de Cidadania e Reprodução: www.ccr.org.br

Grupo de Estudos sobre o Aborto: www.aads.org.br/gea

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos: www.redesaude.org.br/portal/home

Referências

AQUINO, E. M. L.; ARAÚJO, T. & MARINHO, L. F. B. Padrões e tendências em saúde reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. *In*: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

AQUINO, E. M. L. & MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Promoção da Saúde*, 3(6): 31-36, out. 2002.

ARILHA, M. & BARBOSA, R. M. Cytotec in Brazil: "at least it doesn't kill". *Reproductive Health Matters*, 1(2), 1993. Disponível em: <www.rhmjournal.org.uk/publications/abortion-papers-1993-1994.php>. Acesso em: 19 mar. 2012.

BARROS, F. C. *et al*. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. *Lancet*, 365(9.462): 847-854, 2005.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, 1(2): 366-381, 1993.

BONILHA, P. *Rede Cegonha*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/REDE_CEGONHA_Paulo_Bonilha.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PSMI. *Programa de Saúde Materno-Infantil*. Secretaria de Programas Especiais de Saúde – Divisão de Saúde Materno-Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1978. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática*. Brasília: Centro de Documentação, 1984. (Textos Básicos de Saúde, série b, v. 6).

BRASIL. Congresso Nacional. Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: 1988*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coord. de Publicações, 2002.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/plajlei9263.htm>. Acesso em: 4 jun. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Programas Estratégicos de Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes – Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Programas Estratégicos de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa n. 192, de 27 de maio de 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil 2008: vinte anos do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2012.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.

CORRÊA, S. "Saúde reprodutiva", gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. *In*: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

COSTA, A. M. *PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

COSTA, A. M. *Planejamento Familiar no Brasil*. 1995. Disponível em: <www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>. Acesso em: 4 jun. 2011.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, K. & COSTA, S. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

COSTA, A. M. Metáforas do desejo: a esterilização como processo de defesa. *Revista de Ciências Médicas*, 12(1): 3-13, 2003.

COSTA, A. M. *Atenção Integral à Saúde da Mulher: quo vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil*, 2004. Tese de Doutorado, Brasília: Universidade de Brasília.

COSTA, A. M. & AQUINO, E. Saúde da mulher na Reforma Sanitária brasileira. *In*: COSTA, A. M. *et al*. (Orgs.) *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: UnB, 2000.

DEL PRIORI, M. *Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olímpio, Edund, 1993.

FONSECA SOBRINHO, D. *Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Cedeplar, Rosa dos Tempos, 1993.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GADAMER, H. G. *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad): um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços e condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde no Brasil 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 1940-2010. Dados estimados. 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006433611102011365216507453.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

LASSONDE, L. *Los Desafíos de la Demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* México: Fondo de Cultura Económica, UAM, 1997.

MORI, M. *A Moralidade do Aborto*. Brasília: Editora UnB, 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Relatório da Conferência de Pequim*. Pequim: ONU, 1996.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Violencia Contra la Mujer: violación y agresión sexual*. Genebra: OMS, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estadísticas Mundiales de Salud 2011*. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: <www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>. Acesso em: 7 mar. 2012.

PÊGO, R. A. A luta das mulheres pela livre concepção. *In*: GUERTECHIN, T. L. de *et al*. *Controle da Natalidade x Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987.

PÊGO, R. A & RICHA, A. C. Estado e instituições de planejamento familiar. *In*: GUERTECHIN, T. L. *et al*. (Orgs.) *Controle da Natalidade x Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (REDESAUDE). *Dossiê Mortalidade Materna, 2003*. Disponível em: <www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Mortalidade%20Materna.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2012.

ROCHA, M. I. B. *Política Demográfica e Parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade*, 1993. Tese de Doutorado. Campinas: Núcleo de Estudos da População, Universidade Estadual de Campinas.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 221-242, 1999.

SILVER, L. D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. *In*: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. Department of Economic and Social Affairs. *Abortion Policies*. Global Review. New York: United Nations Population Division, 2002. Disponível em: <www.un.org/esa/population/publications/abortion/>. Acesso em: 23 mar. 2012.

VICTORA, C. G. *et al*. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet Series on Health in Brazil*: 29-42, 2011. Disponível em: <www.lancet.com/series/health-in-brazil>. Acesso em: 23 mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva: WHO, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

34. Violência: impactos no setor saúde e respostas do sistema

Maria Cecília de Souza Minayo

Este capítulo trata do impacto da violência sobre a saúde dos brasileiros do ponto de vista físico e emocional e, também, das consequências que a violência gera sobre a demanda aos serviços de atenção à saúde. O setor saúde, quando atua de forma teórica e prática sobre os problemas relacionados à violência, utiliza uma categoria denominada causas externas, que está incorporada nos capítulos 19 e 20 da Classificação Internacional de Doenças (CID), utilizada mundialmente. Essa categoria se refere à mortalidade por homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas, acidentes de trânsito, quedas, afogamentos e outros (códigos VO1 a Y98) e lesões e traumas provocados por esses fenômenos (códigos S e T).

O sentido da palavra violência está vinculado a questões sociopolíticas e de formação social e se refere à perda de reconhecimento do papel de sujeito (pessoa, grupo, coletividade) quando rebaixado à condição de objeto, mediante o uso do poder, da força física ou de qualquer outra forma de coerção.

Pode-se dizer que cada sociedade desenvolve tipos de violência que lhe são peculiares, embora também se possa dizer que a violência tem configurações próprias em cada tempo histórico: ela é tão antiga como o ser humano e se confunde com a sua própria saga. A Bíblia, por exemplo, em suas primeiras páginas, narra o assassinato de Abel pelo irmão Caim, segundo o texto, motivado por inveja, o que certamente não é um evento histórico, mas é um mito de origem para a civilização ocidental. No caso brasileiro, observam-se distintas formas de violência ao longo do tempo com especificidades históricas, como a violência da escravidão dos índios e dos negros na época da colonização, a violência política da época da ditadura militar e, ainda, a violência social que se apresenta hoje, primordialmente urbana, por motivos econômicos e com uso intensivo de armas de fogo.

O termo 'acidente' que aparece na CID é assim definido na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV): "um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o de esportes e lazer, dentre outros" (Brasil, 2001). Pela dificuldade de tipificar se uma ocorrência violenta foi intencional ou não, cada

Causas externas é uma expressão construída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para se referir a mortes, lesões e traumas provocados por agravos sociais e relacionais que não podem ser descritos dentro de parâmetros biomédicos. O termo 'causas externas' não é sinônimo de violência porque constitui apenas um recurso classificatório de morbimortalidade. Já 'violência' diz respeito a processos sócio-históricos e culturais.

Formação social é um conceito da sociologia que significa a dinâmica de construção histórica, social, econômica e cultural das sociedades, das comunidades e dos grupos através da história. Ela pode ser compreendida como o contexto de desenvolvimento dos fenômenos sociais.

vez mais o próprio setor saúde vem questionando os atos caracterizados como acidentes. Por exemplo, um montante de mais de 35.000 mortes no trânsito por ano – como ocorre no Brasil – poderia ser considerado um fato meramente acidental? Os governos, as sociedades, os motoristas, os pedestres e todos os demais envolvidos nada poderiam fazer para diminuir essa trágica realidade?

Violências e acidentes, ao lado das enfermidades crônicas e degenerativas, configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e no mundo. Esse novo perfil ressalta o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade no quadro de morbimortalidade, exigindo novas abordagens.

Neste texto, usam-se os dois termos – causas externas e violência – aproveitando-se das potencialidades de cada um para a explicação do fenômeno em pauta. O capítulo se organiza da seguinte forma: inicia com teorias explicativas da violência e definição de conceitos, apresenta informações sobre morbimortalidade por causas externas no Brasil e no mundo, discute a introdução do tema violência na agenda política do setor saúde e realiza breve avaliação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Teorias explicativas da violência e definição de conceitos

Há muitas definições para o termo violência, que, como qualquer conceito sociológico, é histórico e controverso. Para efeitos deste estudo, adota-se a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em seu Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, **a OMS define violência** como: "uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (OMS, 2002: 5).

Breve conceituação teórica da violência

A definição da OMS é uma simplificação de muitas teorias sobre violência que competem entre si na busca das melhores explicações. Por exemplo, existem cientistas nacionais e internacionais que interpretam a violência como um fenômeno de ordem biológica. Segundo suas teorias, fatores de natureza fisiológica, bioquímica, neurológica ou genética seriam responsáveis pela produção de pessoas violentas. Distúrbios no metabolismo, diferenças hormonais ou transtornos na regulação das emoções produziriam indivíduos propensos a ser agressivamente descontrolados. Dentre os autores, citam-se Ian Craig e Kelly Halton (2009) e Renato Zamora Flores (2002).

No entanto, por inúmeras razões – e esse é um consenso estabelecido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) desde 1991, no livro *La Violencia y sus Causas*, organizado por Jean-Marie Domenach (1981) e resultado de um seminário internacional sobre o tema –, nenhuma explicação desse fenômeno se esgota no nível biológico, seja pela inexistência de estudos conclusivos a respeito, seja pelo caráter multicausal resultante da complexidade de interações e níveis envolvidos na sua produção. Assim, as teorias que indicam a predisposição genética cedem lugar a uma perspectiva de explicação complexa do fenômeno, isto é, de interação entre fatores biológicos e genéticos, ambientais, psicológicos e sociais. Essa inter-relação ocorre em múltiplas direções: fatores biológicos atuam como risco ou como elementos protetores; e fatores ambientais e contextuais agem sobre os aspectos biológicos, inclusive com capacidade de compensar ou potencializar os efeitos negativos de uma socialização violenta.

Filósofos e cientistas sociais, ao longo da história, têm contribuído para teorizar o assunto e mostrar a proeminência dos aspectos sociais sobre os biológicos. Domenach (1981), por exemplo, sublinha a ideia de que a violência está inscrita e arraigada nas relações sociais e, dialeticamente, também no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, esse fenômeno não pode ser tratado apenas nem como um dado da natureza (ou seja, como fato biológico), a não ser em casos de psicopatologias, nem como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos, ou somente como um mal produzido pelo 'outro'. O autor ressalta que a violência não pode ser analisada nem fora do indivíduo, nem fora da sociedade que a produz.

Domenach (1981) e Jean-Claude Chesnais (1981) consideram que a percepção das várias formas de violência como um mal para a pessoa, para as comunidades e para as sociedades é um passo muito positivo alcançado pela humanidade, pois essa consciência acompanha o progresso do espírito democrático. Para a filósofa Hannah Arendt (1999), não existe nada de bom na violência, a não ser o fato de ela dramatizar causas, sendo um alerta sobre problemas e situações sociais que ficam naturalizadas na história das sociedades e dos grupos. Portanto, essa autora reage a vários pensadores que são condescendentes com o papel da violência na história: contra Friedrich Engels (1991), que apresenta esse fenômeno como um acelerador do desenvolvimento econômico; contra o pensamento ingênuo e simplificador de Frantz Fanon (1979), que a considera uma forma de vingança dos deserdados; contra Georges Sorel (1993), que a define como mito necessário para a mudança da sociedade desigual em busca de uma sociedade igualitária de base popular; e contra Jean Paul Sartre (1980), que a analisa como algo inevitável quando a população passa por momentos de escassez e necessidade. Hannah Arendt (2004) expressa sua opinião de forma contundente na obra em que analisa o nazismo e o stalinismo, condenando as expressões de crueldade nas experiências políticas totalitárias.

Hannah Arendt (1906-1975) foi uma cientista política e filósofa alemã, de origem judaica, e uma das pensadoras mais importantes do século XX, tratando sobretudo da questão humana da violência. Foi perseguida e presa em seu país, e o regime hitleriano retirou-lhe a nacionalidade em 1937. Passou então a viver nos Estados Unidos, onde trabalhou como jornalista e professora universitária, tendo publicado obras importantes sobre filosofia política, dentre as quais se destacam, para efeitos deste estudo, *Origens do Totalitarismo*, publicada originalmente em 1951, e *A Condição Humana*, em 1958.

Na obra de Sigmund Freud, há várias interpretações da violência, em diferentes etapas de seu pensamento. Em seus primeiros escritos, o autor a associa à agressividade instintiva do ser humano, o que o levaria a fazer sofrer e a matar seu semelhante. Em um segundo momento, define-a como instrumento de arbitragem de conflitos, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana diante de situações competitivas. Em uma terceira etapa, avança para a ideia de construção de uma comunidade de interesses. É dessa identidade comum, segundo o autor, que surgem os vínculos emocionais entre os membros da sociedade humana, levando-os a preferir a civilização, o diálogo e a convivência pacífica por meio da lei e da busca do bem coletivo ao uso puro e simples da força impositiva (Freud, 1974).

Considerando que algumas formas de violência acompanham os vários momentos históricos, os sociólogos Manuel Castells (2003) e Michel Wieviorka (1997) consideram suas características hegemônicas pós-modernas como sendo de base econômica. Ambos ressaltam

que a violência organizada internacionalmente em torno do tráfico de drogas, de armas, de mercadorias e de pessoas se beneficia das facilidades geradas pelas transformações nos modos de produção de riqueza e dos aparatos técnicos, informacionais e comunicacionais. Castells fala da criminalidade em rede. Wieviorka mostra como a criminalidade de ordem internacional acaba repercutindo nos locais mais pobres das periferias urbanas de várias partes do mundo, integrando, nesse mercado, jovens que têm poucos recursos financeiros, pouco estudo e escassa formação profissional. Eles acabam como ponta de lança de negócios varejistas escusos e muito lucrativos que transbordam as fronteiras nacionais. Muitos pagam com a vida suas ousadias ilegais.

No entanto, mesmo concordando com Wieviorka (1997), entende-se que os jovens pobres que passam a integrar bandos violentos e usam armas, traficam, matam e morrem em elevadíssimas proporções no Brasil e em vários outros lugares do mundo, em última instância, fazem algum tipo de escolha. Entender esse aspecto que dá ênfase a sua subjetividade é importantíssimo para que se pense em mudanças possíveis. Ou seja, acredita-se que, assim como entraram em bandos de delinquência, os jovens podem rever sua opção e mudar o rumo de suas vidas. Existem inúmeras histórias recentes, acompanhadas e narradas por pesquisadores do Rio de Janeiro, que mostram essa possibilidade de transformação pessoal. Obviamente, as mudanças pessoais ocorrem com muito mais força em situações de transformação da realidade social.

Igualmente, deve-se ressaltar mais uma vez que, a par da violência pós-moderna, permanecem expressões culturais de longa duração da violência que atravessam a história, tais como guerras, conflitos armados, violência policial; assim como permanece a chamada ‘criminalidade comum’, das vinganças de honra, abusos intrafamiliares, de gênero, institucionais e a violência nas relações interpessoais.

Conceitos que se confundem com o de violência

É importante esclarecer alguns conceitos geralmente tratados como sinônimos de violência, como o de poder, o de conflito e o de criminalidade.

- DIFERENCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E PODER – Esta distinção aparece, sobretudo, na obra de Hannah Arendt (1999). Para esta autora, o verdadeiro poder é algo legítimo quando conseguido de forma consensual por meio da argumentação e do diálogo: ele constitui uma delegação social ou institucional para que alguém atue em nome do coletivo. Já a violência começa quando há incapacidade de argumentação e de convencimento por quem exerce o poder, exigindo que pessoas, comunidades, segmentos sociais e até países cumpram o que não estão dispostos a fazer por meio do uso da força. Essa reflexão sobre a diferença entre violência e poder vale para todos os aspectos da vida social e poderia ser exemplificada por situações familiares em que o pai e marido mantém por autoritarismo o poder sobre os filhos e a mulher, sem considerar a cidadania e os direitos de cada membro do grupo, inclusive os das crianças.

- DIFERENCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E CONFLITO – O conflito é um fenômeno social importante em todas as sociedades e constitui um termômetro das democracias. Ele é uma expressão das diferenças nas formas de pensar, sentir e agir dos membros de uma família, de pessoas de gerações opostas, das classes sociais ou de seus vários segmentos

quanto à política, à vida social e comunitária. Quando socialmente aceito e explicitado pelas várias partes, o conflito é bom e saudável. Ele produz mais tolerância, compreensão e respeito ao outro, seja quando leva a consensos, seja quando reafirma posições entre os que divergem. Um conflito se transforma em violência exatamente quando uma das partes se sente dona da verdade e impõe sua vontade por meio de coerção, inclusive pelo uso de armas.

- DIFERENCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E AGRESSIVIDADE – A agressividade é um impulso nato, essencial à sobrevivência, defesa e adaptação dos seres humanos. Constitui-se como elemento protetor na construção do espaço interior do indivíduo, da sua subjetividade, promovendo a diferenciação entre o 'eu' e o 'outro'. A transformação da agressividade em violência é um processo ao mesmo tempo social e psicológico, para o qual contribuem as circunstâncias sociais, o ambiente cultural, as formas de relações familiares e comunitárias e também as idiossincrasias dos sujeitos. Nesse sentido, fala-se de violência cometida e vivenciada por sujeitos, mas sempre por sujeitos inseridos em contextos sociais específicos.
- DIFERENCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E CRIMINALIDADE – A criminalidade é uma das manifestações mais graves de violência social, mas violência é um conceito muito mais amplo do que criminalidade. Esta diz respeito a ações tipificadas pelo Código Penal. Frequentemente, uma expressão de violência passa a ser considerada crime quando existe pressão forte da sociedade para isso, marcando seu repúdio a determinados atos e comportamentos. É o caso da Lei Maria da Penha (lei n. 11.340/2006), que passou a tipificar como crime determinadas condutas abusivas contra a mulher. Mas a violência diz respeito a muitos outros aspectos abusivos na vida privada, na vida social e na vida pública em que estão incluídos opressão, negligências e desrespeito, mesmo quando tais práticas não estejam codificadas como crimes ou contabilizadas nas estatísticas de causas externas. Exemplo disso são os intangíveis maus-tratos e descasos infligidos à população nos serviços de saúde, sociais e de previdência social, objeto de queixas que aparecem relatadas em pesquisas de opinião pública e nos dados das delegacias em todo o país.

Natureza, tipologia e modelo explicativo da violência pelo setor saúde

Natureza da violência

Em uma visão ao mesmo tempo abrangente e pragmática do fenômeno, o Ministério da Saúde, em 2001, e a OMS, em 2002, deram passos importantes na conceituação das várias formas de violência, visando, inclusive, à operacionalização das ações de prevenção e de atenção. Os termos com que a natureza do fenômeno da violência é tratada aqui partem das definições oficiais e a tipificam em cinco modalidades, também denominadas como abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual, negligência ou privação de cuidados e abusos econômicos e financeiros.

- ABUSO FÍSICO – Significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outra pessoa (Brasil, 2001). Esse tipo de violência costuma ocorrer em todos os ambientes sociais. É muito importante saber o impacto que ele tem para

crianças e adolescentes no espaço familiar ou nas instituições ditas de proteção. Mulheres no espaço doméstico e especialmente homens no espaço comunitário são suas principais vítimas. Também nas situações de conflito e guerra, a violência física costuma ser muito frequente, atingindo indiscriminadamente toda a população. É a forma de violência mais facilmente reconhecida e rechaçada pela população. No entanto, maus-tratos físicos costumam ser aceitos, dentro de alguns limites em diferentes culturas: como estratégia para a educação das crianças e o controle familiar; como importante mecanismo de defesa pessoal contra ameaças; como forma de conter ou aniquilar as ações de grupos em situações de guerra ou em conflito armado. Essa aceitação, no entanto, não legitima atos de lesão corporal.

- Abuso psicológico – Diz respeito a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir sua liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação. Tem efeito sobre a autoestima e a autoconfiança, sobretudo nas fases iniciais da vida. Abuso psicológico é um tipo de violência difícil de ser notificada e reconhecida. No entanto, ela está na base de muitos problemas associados a quadros depressivos e distúrbios psicossomáticos.

- Abuso sexual – Refere-se ao ato ou ao jogo sexual que ocorre nas relações hétero ou homossexuais que visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e pornográficas impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Vítimas de abuso sexual costumam sofrer violência física e psicológica. Tendem a sentir muita culpa, ter baixa autoestima, apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento físico e emocional e ser mais vulneráveis à ideação (pensamentos de dar cabo à vida) e a tentativas de suicídio (Lippi, 2003).

- Negligências, abandonos e privação de cuidados – São formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou falta de atenção a alguém que deveria recebê-la. Quando ocorre com crianças e adolescentes, geralmente os expõem a maus-tratos, à desnutrição, ao atraso escolar, a comportamentos hiperativos ou hipoativos e a uma série de riscos de vida, como queimaduras, atropelamentos, ingestão de produtos de limpeza, abusos sexuais, dentre outros. Com o aumento da população idosa, cada vez mais se evidenciam negligências e privação de cuidados nesse grupo social, seja no âmbito das famílias, seja em instituições públicas, sobretudo nos casos de não terem condições financeiras para o seu sustento e quando são dependentes por problemas de saúde.

- Abusos econômicos e financeiros – Referem-se à exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido dos recursos monetários e patrimoniais de uma pessoa. Essa modalidade de violência afeta a saúde e a qualidade de vida e ocorre, sobretudo, no âmbito familiar. É comum acontecer, por exemplo, nas práticas de tirar dos idosos a capacidade de administrar seus próprios recursos, frequentemente quando ainda têm perfeitas condições psíquicas de gerir seus pertences. Geralmente, o abuso econômico vem aliado a várias outras formas de violência física e psicológica, além da negligência de cuidados.

Tipologia da violência

A tipologia da violência, utilizada pela OMS e pelo Ministério da Saúde, diz respeito às expressões sociais da violência, as quais são definidas a partir de quem as comete: autoinfligidas (suicídios, tentativas de suicídio e autoagressão), interpessoais (violência intrafamiliar e comunitária) e coletivas (violência política, econômica, de classes, guerras, terrorismo). Como essa classificação não dá conta de todas as manifestações de violência, a autora acrescenta os conceitos de violência estrutural (que alimenta a desigualdade e a miséria); violência cultural (que se naturaliza na sociedade – submissão feminina, violência contra criança e adolescente por razões pedagógicas, homofobias, exclusão dos diferentes); violência institucional (que ocorre nas várias formas de trabalho e serviços e reproduz a violência social); e tortura (considerada o ápice da violência contra o outro).

Tipologia da violência

- Violências autoinfligidas – Suicídio, comportamentos suicidas e autoabusivos.
- Violências interpessoais – 1) Intrafamiliar: entre os parceiros íntimos (violência conjugal) e entre os membros da família (contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos), principalmente as agressões no âmbito doméstico; 2) Comunitária: acontece no ambiente mais próximo entre as pessoas conhecidas e desconhecidas. Possui várias expressões, como: violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e, inclusive, a violência que ocorre dentro de instituições, como escolas, locais de trabalho, prisões, asilos, hospitais.
- Violências coletivas – Acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos, classes, do Estado ou de um país sobre os outros. Incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e de multidões. No campo político, a violência coletiva se expressa nas guerras e nos processos de aniquilamento de nações por outras, ou dentro delas próprias, e nos cerceamentos e nas intimidações da liberdade de expressão, de discordância e de manifestação. As manifestações de violência coletiva abrangem, ainda, ataques econômicos entre grupos e nações.
- Violência estrutural – Diz respeito às diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que reproduzem a miséria, a fome e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras. Está diretamente relacionada à situação de exclusão social de parcela significativa da população com nível precário de desenvolvimento social e econômico.
- Violência cultural – Corresponde a todas as maneiras naturalizadas de humilhar, intimidar e ignorar o outro. Apresenta-se, principalmente, na forma de discriminações e preconceitos.
- Violência institucional – Ocorre dentro das instituições, pelo comportamento dos chefes ou dos funcionários entre si, reproduzindo estruturas e relações sociais injustas. A ausência de acesso aos serviços de saúde por parte significativa da população é um exemplo de violência institucional. A forma impessoal e arrogante com que muitos profissionais da saúde tratam a população também o é.
- Tortura – Punição com o propósito de destruir a vítima como ser humano, através da imposição de dor severa e de sofrimento psicológico. É utilizada para aniquilar e ameaçar a pessoa, forçando-a a trair seus pares ou a revelar assuntos considerados relevantes pelo opressor. A tortura é usada, principalmente, para criar medo e intimidar opositores e para arrancar informações à força.

Modelo ecológico de explicação e análise

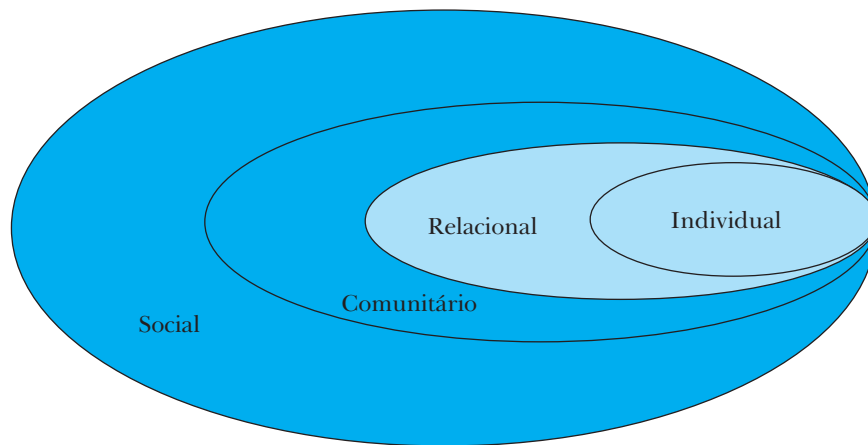
O relatório da OMS propõe um modelo ecológico de explicação para a violência em que diferentes níveis se interconectam. O primeiro nível identifica os fatores biológicos que dizem respeito às características que aumentam a possibilidade de uma pessoa ser vítima ou perpetradora de violência.

No segundo, são tratados os fatores relacionais, ou seja, as interações sociais nos âmbitos mais próximos: companheiros, colegas, parceiros íntimos, membros da família e sua influência na vitimização ou na perpetração da violência No caso dos jovens, o documento ressalta a importância dos amigos tanto para seguir os rumos da integração na vida social quanto para incentivar atividades delinquentes e criminosas.

Em terceiro lugar, são colocados os fatores comunitários e sua influência na dinâmica da violência. Entre os contextos comunitários, são nomeados os locais de trabalho, a escola e a vizinhança e, como problemas, os altos níveis de desemprego, a presença de tráfico de drogas e de armas e componentes de ordem relacional, como o isolamento social em que vivem determinadas famílias.

Em quarto lugar, o modelo ecológico enfatiza os fatores sociais mais amplos que contextualizam os índices de violência. Dentre eles, são citados: normas culturais que justificam a violência como forma de resolver conflitos; atitudes que consideram a opção pelo suicídio como um direito de escolha individual; machismo e cultura adultocêntrica; costumes que validam o uso abusivo da força pela polícia; ou práticas que apoiam ou incentivam os conflitos políticos (Figura 1).

Figura 1 – Modelo ecológico de explicação da violência

Relacional
Individual
Comunitário
Social

Fonte: OMS, 2002.

É preciso ressaltar que, embora as classificações de natureza, tipologia e modelo explicativo da violência propostas pela OMS e pelo Ministério da Saúde possam ser contestadas por conta de sua excessiva simplificação, elas dão parâmetros para a atuação do setor. Neste capítulo, portanto, tais esforços de categorização são adotados, cabendo aos leitores complexificar suas análises no nível empírico, pois, geralmente, uma expressão de violência apresenta várias causas que interagem entre si e é preciso compreendê-la em sua complexidade.

Morbimortalidade por causas externas no mundo e no Brasil

As informações do setor saúde sobre a violência social brasileira são ainda muito precárias. O que há é um conhecimento geral que se refere à magnitude das causas externas que chegam aos serviços em forma de mortes e lesões físicas e psicológicas e são notificadas, embora com significativo sub-registro. Sobre os outros problemas e eventos que o setor não consegue contabilizar, é importante ressaltar que, atualmente, vem ocorrendo um aumento significativo de notificação em relação a todos os tipos de violência contra crianças e adolescentes, contra a mulher, contra o idoso, contra homossexuais e outros. Esse incremento não significa que a violência esteja aumentando, e, sim, que políticas públicas e movimentos sociais importantes têm promovido o aumento da consciência social sobre esses problemas.

Segundo estimativas da OMS, por ano, 1,6 milhão de pessoas morrem de maneira violenta no mundo, contabilizando a violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva (quer dizer, sem contabilizar os acidentes de trânsito). Desses óbitos, 37% correspondem a homicídios; 51%, a suicídios; e 11%, a guerras e a conflitos civis (OMS, 2002). Das seis regiões em que a OMS agrupa seus países-membros, a das Américas, com uma taxa de homicídios de 16,4 por 100 mil habitantes, é a segunda mais violenta do mundo, superada apenas pela África Subsaariana (OMS, 2002). Como lembra um dos importantes documentos da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – escrito em 1993 e usado como texto básico para orientar um seminário com ministros e representantes do setor sobre o assunto –, a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas físicas, orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico na região das Américas e se converteu em um problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que suas vítimas exercem sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.

Nas Américas, o fenômeno de maior relevância são os homicídios: cerca de 130 mil pessoas morrem por essa causa ao ano. A magnitude do fenômeno, porém, se diferencia entre países da região. O risco de um homem morrer por causas externas em El Salvador, na Guatemala e na Colômbia é, respectivamente, 40, 37 e 28 vezes mais alto do que no Canadá, como se pode constatar no Gráfico 1. Há também grandes diferenciações por sexo; na América Latina e no Caribe, especificamente, morrem por causas violentas 8,9 homens para uma mulher. Quando se observam os grupos de idade, a violência alcança proporções assustadoras na população entre 15 e 44 anos. O Brasil se inclui entre os sessenta países mais violentos do mundo, com taxas de mortes por causas externas que o colocam em quinto lugar na América Latina depois de El Salvador, Guatemala, Colômbia e Venezuela (Guerrero *et al.*, 2010).

No Brasil, os óbitos por mortes violentas ocupam o terceiro lugar na mortalidade geral, abaixo apenas das enfermidades cardiovasculares e das neoplasias (Gráfico 2).

Após duas décadas de crescimento das taxas de causas externas, constata-se atualmente uma tendência, ainda que um pouco oscilante, de decréscimo, o que reflete os investimentos públicos e da sociedade no setor de segurança e nas políticas de prevenção (Gráfico 3).

No Gráfico 4, pode-se constatar a distribuição das mortes por causas externas por subcausas, em que a predominância dos homicídios e acidentes de trânsito é evidente e marcante.

Gráfico 1 – Taxas padronizadas de mortalidade por causas externas em países da América Latina, com base em dados da OMS para 2004

El Salvador
Guatemala
Colômbia
Venezuela
Brasil
Trinidad e Tobago
Guiana
Porto Rico
Belize
Equador
Paraguai
Rep. Dominicana
México
Nicarágua
Panamá
Bahamas
Barbados
Costa Rica
Argentina
Estados Unidos
Chile
Suriname
Cuba
Uruguai
Peru
Canadá

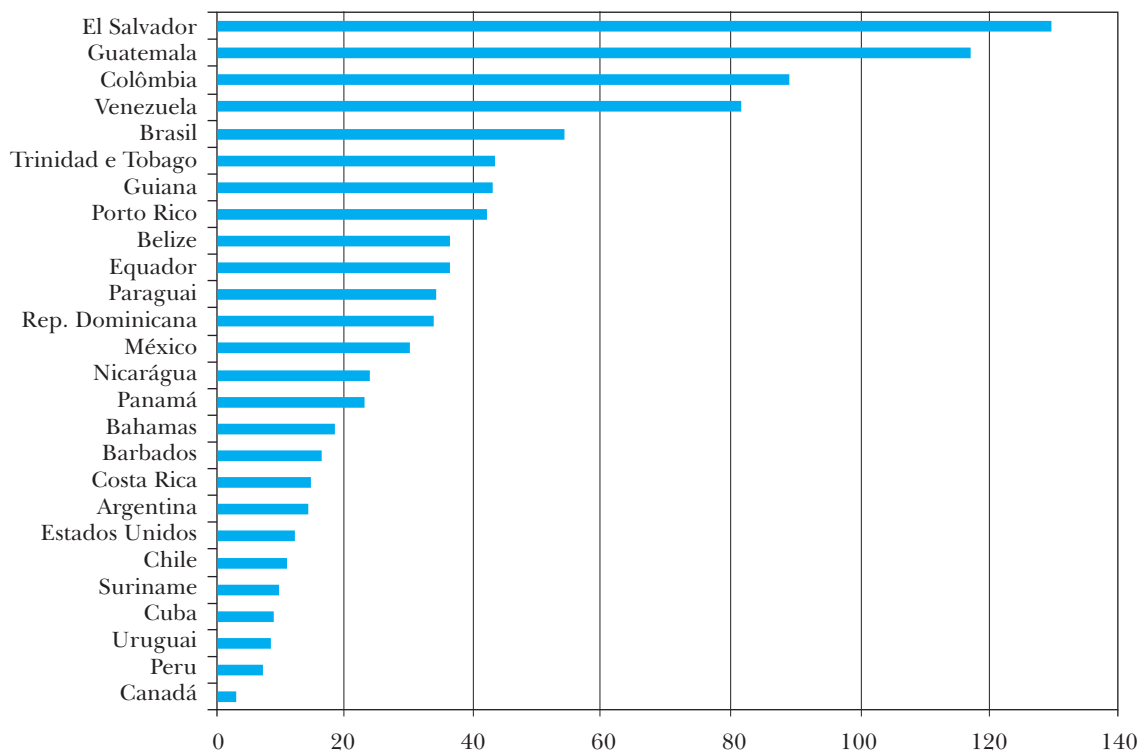
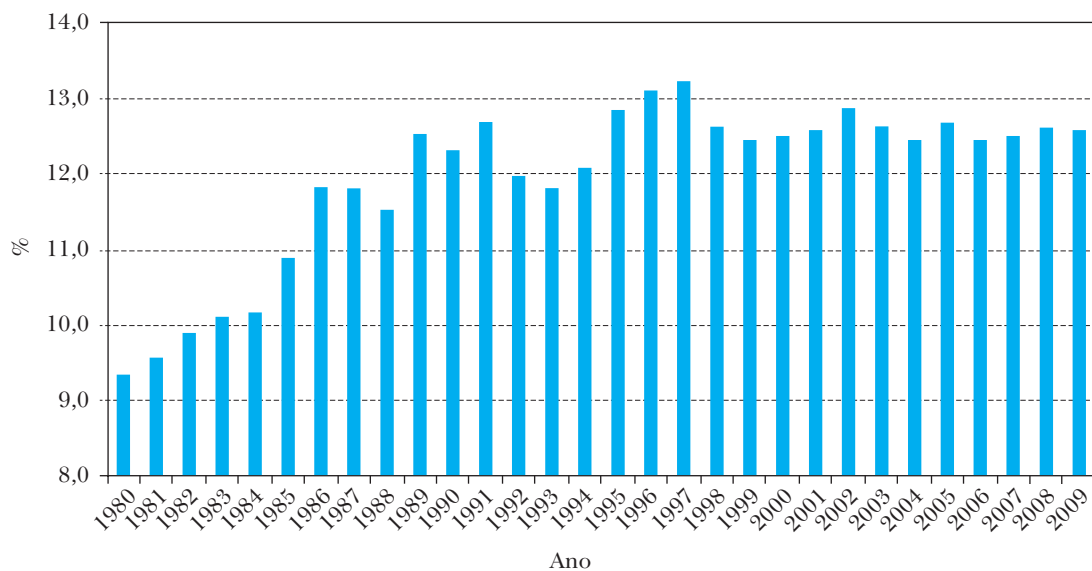
0 20 40 60 80 100 120 140

Fontes: Gerrero *et al.*, 2010; PAHO, 2009.

Gráfico 2 – Proporção de óbitos por causas externas em relação à mortalidade geral. Brasil – 1980-2009

%
14,0 13,0 12,0 11,0 10,0 9,0 8,0

1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009

Ano

Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

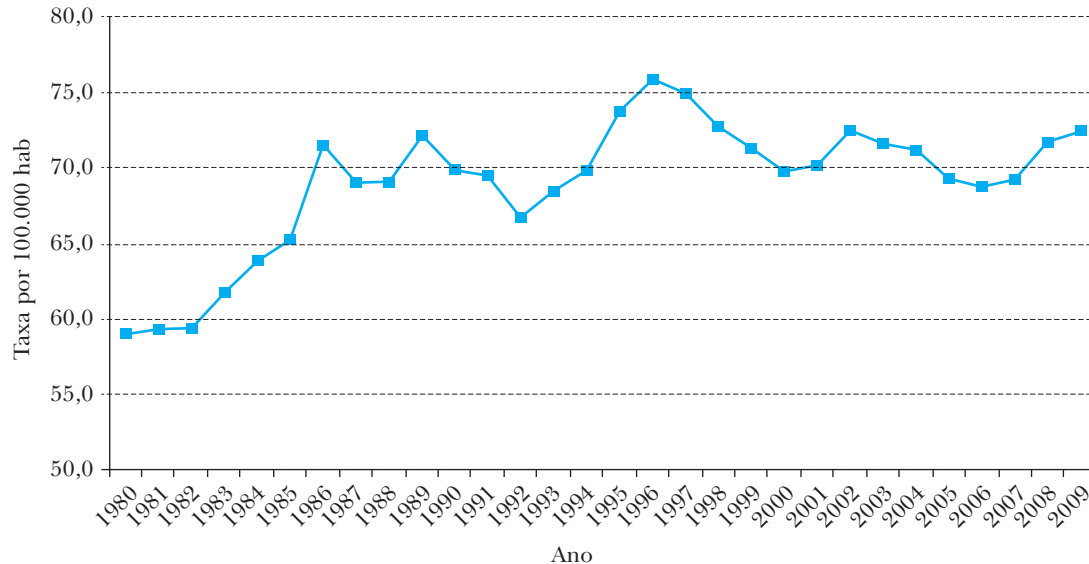
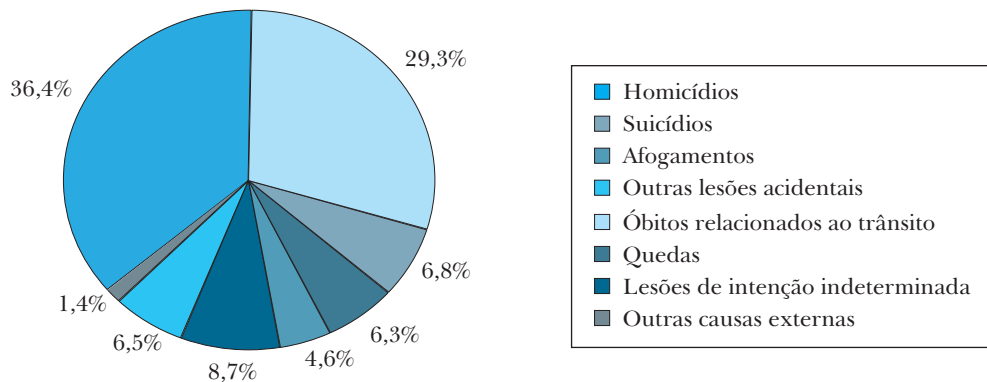
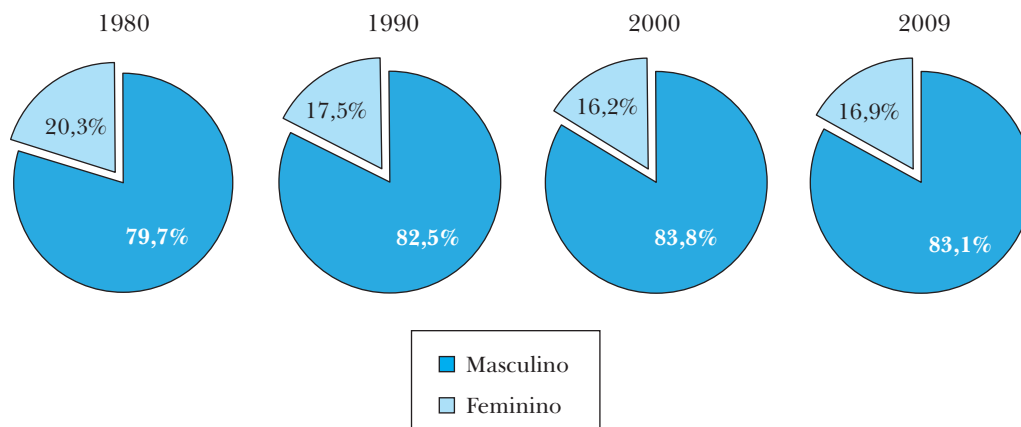
Gráfico 3 – Taxas de mortalidade por causas externas. Brasil – 1980-2009

Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

Gráfico 4 – Distribuição proporcional de óbitos por causas externas. Brasil – 2009

Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

Em 2009, ocorreram 135.936 mortes por causas externas no Brasil, das quais: 50.113 (36,4%) foram homicídios; 39.211 (29,3%), acidentes de trânsito e de transporte; 9.328 (6,8%), suicídios; e 37.284 (27,5%) por outras motivações. A mais importante clivagem nos dados de mortes violentas é a de gênero, como se pode constatar no Gráfico 5, que mostra esse padrão entre 1980 e 2009.

Gráfico 5 – Proporção de óbitos por causas externas, segundo sexo. Brasil – 1980, 1990, 2000 e 2009

1980
20,3%
79,7%

1990
17,5%
82,5%

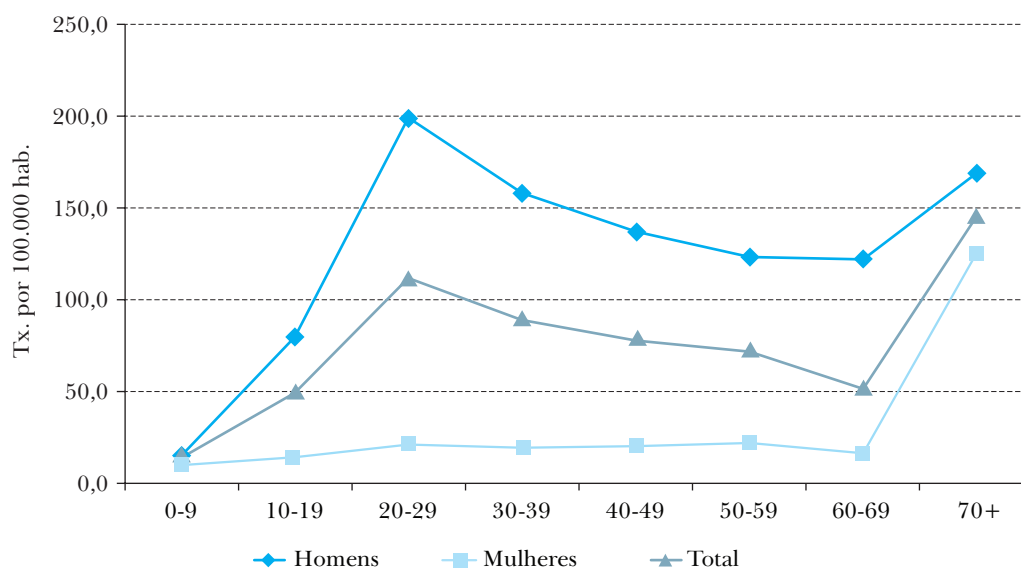
2000
16,2%
83,8%

2009
16,9%
83,1%

Masculino
Feminino

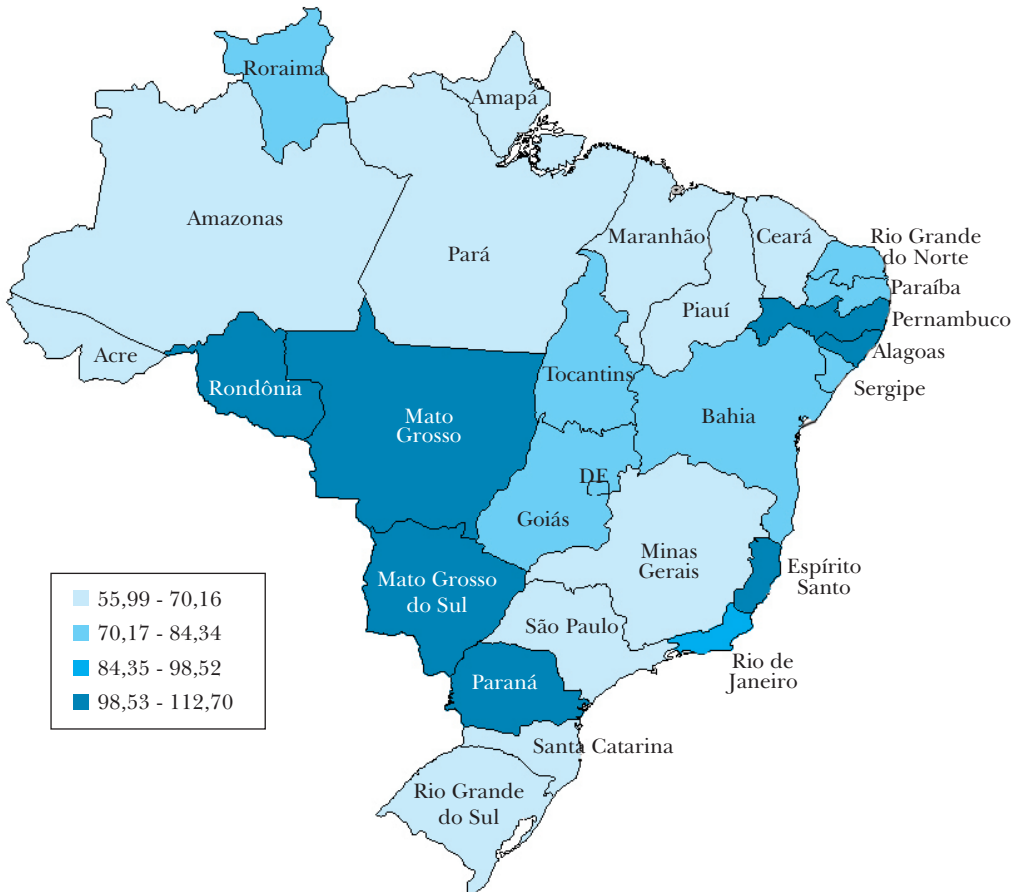
Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

No Gráfico 6, são apresentadas as taxas por grupos etários, evidenciando-se o pico das mortes violentas em jovens adultos, todavia com alta prevalência em quase todos os grupos etários. É importante observar nesse gráfico que, mesmo entre as mulheres, as mesmas faixas etárias de 20 a 49 anos são as de maior risco. Ressalta-se também a incidência de mortes violentas na população idosa acima de 70 anos, sobretudo motivadas por quedas e acidentes de trânsito e de transporte.

Gráfico 6 – Taxas de mortalidade por causas externas, segundo faixa etária e sexo. Brasil – 2009

Tx. por 100.000 hab.
250,0
200,0
150,0
100,0
50,0
0,0
0-9 10-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70+
Homens Mulheres Total

Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

Na Figura 2, podem ser observadas as diferentes taxas de mortes violentas por unidades da federação em 2009.

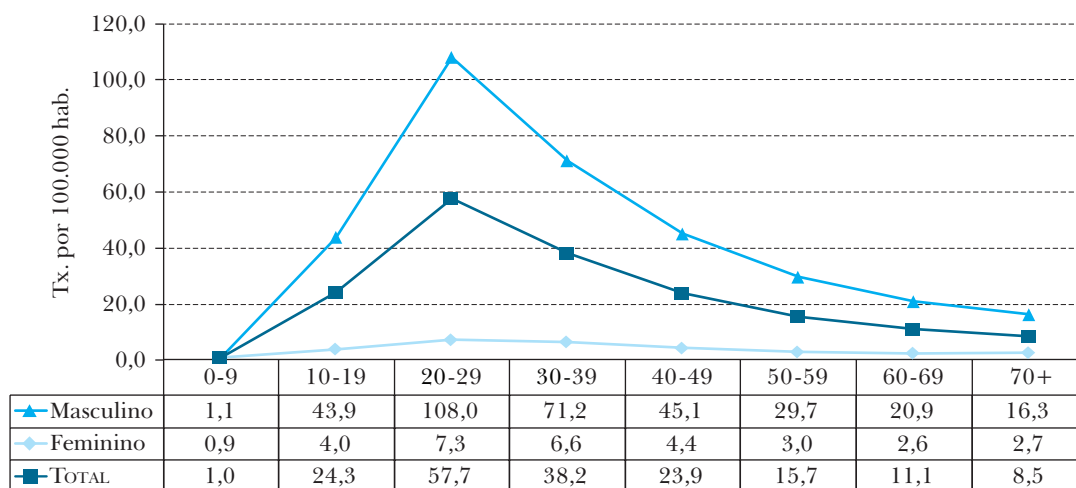
Figura 2 – Taxas de mortalidade por causas externas (número de mortes por 100 mil habitantes), segundo unidades federativas. Brasil – 2009

Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

Para completar as informações, apresentam-se os gráficos sobre as principais causas de mortes violentas no país. O primeiro se refere aos homicídios e mostra as idades em que eles mais incidem: os adolescentes, os jovens e os jovens adultos (Gráfico 7).

O outro grupo de causas externas que provoca impressionantes taxas de mortalidade por violência é o dos acidentes de trânsito e transporte que, por sua vez, se aproxima ao perfil das vítimas dos homicídios (jovens, jovens adultos e adultos), com maior incidência entre os pedestres (Gráfico 8).

Em todo o mundo, os dados de mortalidade por enfermidades e, principalmente, por causas externas são mais confiáveis do que os de adoecimento (morbidade). Isso acontece por vários motivos no caso das violências, dentre os quais o fato de a maioria delas não ser notificada, pois apenas se registram as que chegam ao conhecimento dos serviços de atenção

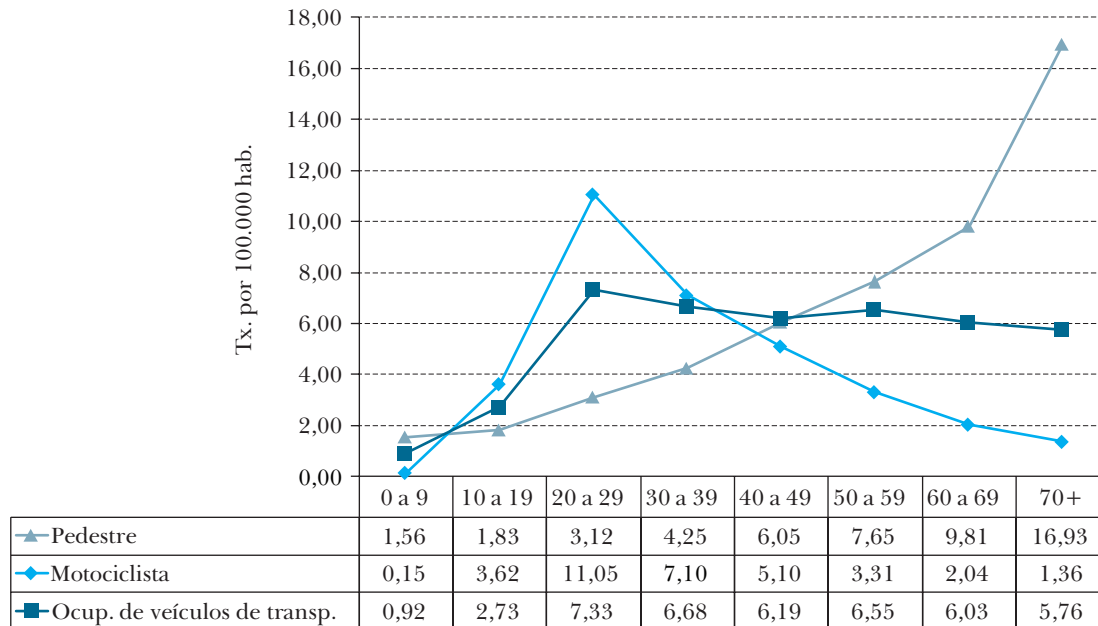
à saúde. Mas, no caso brasileiro, outras dificuldades existem quanto aos dados disponíveis a partir dos serviços: os hospitais privados não se sentem na obrigação de notificar violências, e as emergências não estão integradas ao sistema de informação hospitalar, uma vez que a finalidade das notificações sobre internações é o ressarcimento por procedimentos realizados pelos estabelecimentos que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 2005, o Ministério da Saúde lançou o sistema chamado Vigilância de Acidentes e Violências (Viva), que recolhe informações sobre eventos de causas externas que chegam às emergências. Mas esse dispositivo não inclui todos os hospitais, apenas os considerados de referência. Pretende-se que esse tipo de dado vá ajudando a corrigir as falhas hoje existentes com o uso exclusivo do Sistema de Informações Hospitalares a respeito das várias formas de morbidade.

Gráfico 7 – Taxas de mortalidade por homicídios, segundo sexo e faixa etária. Brasil – 2009

Tx. por 100.000 hab.

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Masculino	1,1	43,9	108,0	71,2	45,1	29,7	20,9	16,3
Feminino	0,9	4,0	7,3	6,6	4,4	3,0	2,6	2,7
Total	1,0	24,3	57,7	38,2	23,9	15,7	11,1	8,5

Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

Feitas as citadas ressalvas, é importante destacar que os dados apresentados a seguir refletem apenas a ponta do *iceberg* das lesões e dos traumas físicos e emocionais que chegam aos hospitais. No ano de 2010, foram realizadas 928.762 internações por causas externas no SUS, das quais 654.850 foram de homens (70% – 7,0/100.000) e 273.912 (30% – 2,8/100.000) de mulheres. O grupo com as mais elevadas taxas é o de 60 anos ou mais (7,3/100.000), e as causas mais frequentes são: quedas, acidentes de transporte e trânsito, agressões e tentativas de suicídio. É importante falar sobre as quedas, sobretudo dentro desse último grupo etário de maior idade, pois geralmente elas combinam fragilidades físicas, uso de medicamentos que provocam distúrbios de visão e de movimentos, dentre outros agravos. Porém, estudos sobre violência contra a pessoa idosa (Minayo, 2003) mostram que as quedas costumam estar associadas a negligências dentro dos lares e instituições de longa permanência e, também, nas ruas, onde ela é vítima de calçadas estreitas ou sem conservação, arranques violentos em transportes públicos ou falta de atenção dos transeuntes.

Gráfico 8 – Taxas de mortalidade por tipo de acidentes de transporte, segundo faixa etária. Brasil – 2009

	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70+
Pedestre	1,56	1,83	3,12	4,25	6,05	7,65	9,81	16,93
Motociclista	0,15	3,62	11,05	7,10	5,10	3,31	2,04	1,36
Ocup. de veículos de transp.	0,92	2,73	7,33	6,68	6,19	6,55	6,03	5,76

Fonte: Elaboração do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Datasus.

Observando-se a violência na ótica das causas externas, pode-se dizer que ela afeta fortemente o setor saúde como um todo e a saúde das pessoas em particular, porque: 1) provoca mortes, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida individual, comunitária e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; 5) evidencia a necessidade de atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada, visando às necessidades dos cidadãos.

Violência na agenda política internacional e nacional de saúde

No setor saúde, o tema da violência vem se introduzindo pouco a pouco, desde a década de 1960. Mas é a partir de 1990 que se intensificam e consolidam o debate e as diretrizes de ação para seu enfrentamento.

Iniciativas que precederam e impulsionaram a formulação de políticas

Violência contra crianças e adolescentes

Um dos primeiros aspectos da violência incorporado ao setor saúde é a violência contra crianças e adolescentes. Embora existam documentos históricos que mostrem desde a Antiguidade a preocupação da sociedade em abolir castigos e maus-tratos na infância, datam dos anos 1960, nos Estados Unidos, os primeiros estudos científicos que ao longo do tempo subsidiaram movimentos importantes no campo dos direitos da infância. O estudo instaurador dessa questão foi o de Henry Kempe e colaboradores (1962) sobre a chamada

'síndrome do bebê espancado'. Uma década depois de esses pioneiros terem cunhado a expressão, observaram-se um aumento significativo da produção científica e a criação de um movimento social importante, liderado por profissionais da saúde, contra os abusos às crianças e aos jovens em grande parte dos países. Programas de prevenção primária, secundária e intervenções de vários tipos, principalmente referentes às dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, das negligências e dos abusos psicológicos e sexuais, começaram a compor a pauta de instituições públicas, privadas e de organizações não governamentais (Assis, 1994; Assis *et al.*, 2009).

No Brasil, os pediatras também participaram desse despertar e passaram a estudar, a diagnosticar e a tratar as marcas dos maus-tratos na infância. Mais que isso, os que se sensibilizaram com esse problema se incluíram nos movimentos de pressão da sociedade junto a outros profissionais das mais diferentes áreas e militantes de organizações não governamentais nos anos 80, movimento esse que culminou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990. Hoje existem vários programas e iniciativas do setor saúde e da sociedade, espalhados pelo Brasil, que focalizam a prevenção da violência nesse grupo etário. Muitas dessas iniciativas têm sido avaliadas e algumas cumprem papel fundamental, conforme se pode constatar no trabalho de Romeu Gomes e colaboradores (2010), representando importante avanço democrático da sociedade brasileira.

Violência contra a mulher

Um segundo tema que em todo o século XX mobilizou várias sociedades e se tornou pauta do setor saúde é a violência contra as mulheres. Sua introdução na agenda da área ocorreu impulsionada pelo protagonismo feminista que desde 1970 vem criando estratégias para ampliar a consciência de gênero. No caso da saúde, o setor foi pressionado para que atuasse mais ativamente a favor da população feminina, apresentando uma pauta de ações (Heise, 1994; Schraiber *et al.*, 2002; Lamoglia & Minayo, 2009).

Foram endereçadas à área da saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas psicossomáticos associados à violência de gênero. Os primeiros documentos relativos ao impacto da violência sobre a saúde, provenientes da OMS e da Opas, também apresentam uma forte influência feminista no diagnóstico e nas propostas de ação em relação à questão de gênero e outras. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 e, em 2004, incorporado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, leva em conta a relevância do problema da violência de gênero e oficializa um olhar específico e qualificado sobre ele.

Você pode conhecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher consultando o capítulo 33.

Violência contra a pessoa idosa

Um dos últimos temas a entrar na pauta do setor saúde é o dos maus-tratos contra idosos. Essa problemática foi nomeada pela primeira vez em 1975, em dois periódicos ingleses com o termo "espancamento de avós", por Alex Anthony Baker (1975) e George Burston (1975), sendo aos poucos incorporado em pesquisas e programas de ação. No Brasil, vem se intensificando a consciência da sociedade em geral, assim como da área de assistência social, jurídica e da saúde. Em 2003, foi criado o Estatuto do Idoso, que, em seu artigo 3º, trata especificamente do tema da violência e aponta a responsabilidade intersetorial e interinstitucional dos órgãos públicos, incluindo o setor saúde (Brasil, 2003). Em 2006, foi

aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que traz orientações gerais e trata de problemas específicos do envelhecimento. Nesse documento, o Ministério da Saúde assume como paradigma o envelhecimento ativo e não focado na doença, colocando diretrizes sobre a participação do idoso nas tomadas de decisão da sociedade, nas atividades familiares e nos conselhos e nas reuniões que podem definir seu futuro, com a ideia de que a velhice deve ser bem vivida. Tais orientações vêm acompanhadas de algumas ações práticas, como a implementação da caderneta de saúde e a portaria que trata da internação domiciliar.

Essa política incorpora o conhecimento mundial e nacional sobre a população com mais de 60 anos, inclusive sobre os maus-tratos e suas consequências, e distingue o grupo composto por mais de 75% das pessoas idosas que se encontram em boa saúde, atuam de forma independente e não precisam de auxílio para realizar atividades cotidianas. Para essa grande parcela da população, as diretrizes são a promoção de atividades saudáveis e de prevenção, para que ela continue vivendo de forma independente. Porém, existe o grupo composto por cerca de 25% de idosos com algum grau de dependência e que precisam de atendimento diferenciado, devido a vários motivos, porque aí estão os mais vulneráveis a todas as formas de violência. O documento da Política Nacional orienta os gestores a atender prioritariamente a parcela da população que se encontra com algum agravo, por meio da oferta de ações de prevenção secundária, de reabilitação, de promoção da saúde, além do cuidado e do tratamento fundamentais para garantir qualidade de vida.

Outros temas, como prevenção da violência racial, homofóbica e contra pessoas portadoras de deficiências, paulatinamente estão sendo incluídos na pauta da atenção à saúde. Entretanto, em todos os casos, a presença na agenda pública depende muito da pressão da sociedade civil e dos movimentos de grupos sociais específicos.

No campo acadêmico, epidemiologistas brasileiros vêm apresentando, desde os anos 1970, importantes estudos sobre a magnitude e as tendências dos agravos por causas externas e seu impacto nos serviços de saúde. Igualmente, psiquiatras analisaram as relações das agressões com as enfermidades mentais, com ênfase em estudos sobre suicídio. No entanto, as primeiras tentativas de aproximação das pesquisas estiveram marcadas por uma visão unidisciplinar e estanque. O incremento maior da contribuição científica da área sobre o tema da violência ocorreu a partir dos anos 80 e coincide com o fim da ditadura militar. A produção acadêmica nos últimos 25 anos cresceu 90% em relação a tudo o que foi registrado em qualquer período histórico anterior e vem se tornando cada vez mais interdisciplinar, transversal às áreas de conhecimento e mais integrada com os serviços e com as políticas setoriais e intersetoriais.

Formulação de políticas em âmbito mundial e nacional

Existem hoje documentos gerais de âmbito mundial que convocam os gestores do setor saúde para se engajarem na inclusão da violência na pauta do setor saúde, assim como formulações nacionais no mesmo teor. Em todos os casos, há desdobramentos que visam a interiorizar as diretrizes propostas. Aqui se aborda o resultado dessa dinâmica consolidado apenas em alguns documentos seminais.

Em 1993, pela primeira vez, a OMS escolheu a prevenção de traumas e acidentes como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde, tendo como justificativa a frase atribuída a William Forge, segundo o qual “desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras” (OMS, 1993: 7).

No mesmo ano, a Opas e a OMS realizaram uma conferência em Washington para abordar o assunto. No encerramento desse evento, foi publicado um comunicado para toda a região das Américas, no qual se destacam algumas questões diagnósticas e propositivas: 1) o perfil de morbimortalidade das Américas aponta a violência como problema social e um dos principais fatores de óbito e de demanda aos serviços de saúde da região; 2) esse tema deve ser incorporado à política de saúde da região; 3) os países americanos devem se associar a outros setores e à sociedade civil, visando à redução das taxas de lesões e mortes por violências (Opas, 1994).

Os participantes dessa conferência entenderam que as mudanças no perfil epidemiológico dos países da região apresentavam uma questão antiga com novas cores e evidências e era preciso defini-la na sua especificidade histórica, mapeá-la e tratá-la dentro dos sistemas de saúde dos países da região. O trecho a seguir resume o pensamento da Opas/OMS naquele evento:

> A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, exigindo atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (Opas, 1994: 3)

Em 1997, a OMS, na sua Assembleia Mundial anual, apresentou a violência como um dos principais problemas contemporâneos que afetam a saúde pública no mundo. Essa questão também foi incluída entre as cinco prioridades para a ação dessa organização na região das Américas, nos cinco primeiros anos do século XXI (Minayo & Souza, 1999).

Em 2002, reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando ao longo da última década do século XX foram consolidadas em um relatório oficial da OMS com o título: “Relatório mundial sobre violência e saúde”. Esse documento não deixa dúvidas quanto ao compromisso da organização. O relatório apresenta um diagnóstico situacional sobre esse fenômeno no mundo, em suas mais diferentes manifestações; cita métodos de abordagem para sua medição e compreensão e propõe, aos países-membros, algumas estratégias de atuação. Uma das recomendações da OMS foi de que cada país produzisse seu próprio relatório contendo um diagnóstico situacional e apresentasse propostas de ação.

Política e Plano de Ação Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Alguns meses depois da Assembleia Mundial de Saúde, em 1997, quando o alerta foi dado sobre a gravidade da violência na região das Américas, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma política nacional que tratasse do assunto. Em 1998, esse grupo de trabalho reuniu pesquisadores, profissionais e representantes da sociedade civil que atuavam nas mais diferentes facetas do problema. Formuladas as questões consideradas mais relevantes, o grupo de trabalho foi ampliado por meio de um grande seminário com convocação de abrangência nacional e de experiências das mais distintas. A partir de então, se consolidou o documento.

Embora essa consolidação tenha ocorrido em 1999, o movimento para sua homologação e implantação atravessou longos e difíceis caminhos e descaminhos de ingerência política, particularmente marcados pelas ideias tradicionais de que a violência não deveria

ser considerada um problema de saúde, e sim de segurança pública. Por fim, a partir do empenho de muitos atores que haviam participado do processo, uma portaria de aprovação ministerial foi publicada em 16 de maio de 2001, oficializando o documento com o nome Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). É importante ressaltar que essa política foi promulgada um ano antes do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde elaborado pela OMS (2002).

Informe-se mais: leia a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, cujo teor se encontra no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em primeiro lugar, trata o tema como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. Faz um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da sociedade, também o gera e reproduz. Analisa as fontes oficiais de informação, sua importância e suas deficiências. No texto, os termos utilizados para definir a natureza da violência e a tipologia coincidem com os do relatório da OMS. Essa coincidência se deve ao fato de ambos se apropriarem de conceitos, categorias e conhecimentos bastante trabalhados, ao longo de vários anos, por pesquisadores internacionais e nacionais.

Os princípios que fundamentam essa política são os mesmos que orientam o SUS: a saúde como direito fundamental e como requisito para o desenvolvimento social e econômico, o direito ao respeito à vida como valor ético e a promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução das violências e dos acidentes. Tais princípios devem estar presentes nos planos nacionais, estaduais e municipais. As diretrizes para atuação assim se resumem: 1) promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; 2) monitoramento da ocorrência de acidentes e violências; 3) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) incremento de formas de assistência multiprofissionais às vítimas de violência e acidentes; 5) estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação; 6) investimento na capacitação de recursos humanos e em estudos e pesquisas que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente o local.

Um dos passos mais importantes para a implementação da PNRMAV foi a formulação de um plano de ação (Brasil, 2005), que começou a ter vigência em 2005. O processo de sua construção envolveu muitos atores governamentais e não governamentais, pesquisadores e profissionais que atuam na assistência. Oficializado pela portaria n. 936, de 18/5/2004, do Ministério da Saúde, o plano dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e sobre a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Para sua efetivação, foram traçadas algumas estratégias que continuam em vigência: o sistema Viva, a Rede de Núcleos de Prevenção da Violência, o Programa de Redução de Acidentes no Trânsito e a Formação de Gestores e Profissionais dos Serviços.

O sistema Viva se divide em duas partes: Contínuo e Sentinela. O Viva Contínuo tem a finalidade de melhorar as informações, visando, principalmente, a adequar políticas e práticas. Ele se configura em uma forma de notificação permanente com o objetivo de descrever o perfil das vítimas de violências doméstica, sexual e outras. Esse programa é realizado em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais de Saúde em colaboração com as secretarias estaduais. A pessoa que faz a notificação caracteriza o perfil da vítima, o tipo e o local de ocorrência da violência, o perfil do provável autor da agressão, entre outros itens. Esse programa se articula com a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências.

Já o Viva Sentinela se organiza em forma de um Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em serviços de referência para urgência e emergência que passaram a fazer parte do sistema Viva. Esse subsistema constitui-se como um inquérito de corte transversal, com o objetivo principal de caracterizar as vítimas atendidas nesses serviços. A primeira pesquisa desse tipo aconteceu em outubro de 2009.

A Rede Nacional dos Núcleos de Prevenção da Violência, estabelecida desde 2005, contava em 2011 com mais de quatrocentos núcleos, criados com a função de coordenar, articular, executar e potencializar, no nível local, as ações de enfretamento às violências e de promoção da cultura de paz. Localizam-se prioritariamente em secretarias municipais e estaduais, mas a rede incorpora também centros colaboradores de ensino e pesquisa e instituições não governamentais.

A **Rede Gandhi Saúde e Cultura de Paz** é uma rede de compromisso social que "tem como objetivo minimizar a violência sob todos os seus aspectos e manifestações, assim como promover a cultura de paz, não só como o oposto da guerra, mas como conceito que expresse a condição necessária para a promoção do convívio social, assim como para o desenvolvimento pleno do potencial do ser humano. A Rede Gandhi propõe-se a realizar esses objetivos por meio de uma ampla mobilização de parcerias em todos os municípios do Brasil, para incorporar os princípios da cultura de paz e não violência nas sociedades locais e nas políticas públicas que se realizam nos municípios" (Conasems, 2012). Consulte também o *site* Gandhi in Action Network (www.gandhiinaction.ning.com).

Um programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito também vem sendo realizado desde 2001, dentro das diretrizes da PNRMAV. Seu escopo inicial é o de implementar, em alguns municípios selecionados, ações de promoção para um trânsito saudável e responsável e de prevenção de agravos. Em geral, esse programa articula gestores públicos do setor saúde e de outras áreas, particularmente as responsáveis pela mobilidade urbana, a sociedade civil e a população em geral. Tal iniciativa, que continua vigente e tem se ampliado, é baseada em três diretrizes: planejamento participativo visando à inclusão de diferentes atores sociais e à construção de planos locais e regionais que atendam às especificidades de cada município; descentralização administrativa de acordo com os princípios legais e as normas operacionais do SUS para todas as políticas de saúde; e intersetorialidade e parcerias para o desenvolvimento de ações conjuntas em torno do mesmo objetivo.

O investimento na formação dos profissionais para atuarem na promoção da vida, prevenção da violência e cultura da paz vem ocorrendo em parceria da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde com secretários estaduais e municipais de Saúde, por meio de várias estratégias: seminários e cursos presenciais, encontros dos que atuam nos núcleos, mas principalmente através de cursos a distância (EAD) em convênio com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Claves/Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz. Esta última iniciativa tem duas vertentes, gestão do problema e atenção às vítimas, e já capacitou mais de mil profissionais que atuam localmente em seus municípios e estados.

É preciso assinalar, também, um edital específico da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde que teve vigência de 2003 até 2005. Levando em conta as orientações do documento da PNRMAV, essa secretaria passou a investir em pesquisas estratégicas

sobre a problemática. Para isso reuniu um grande número de pesquisadores com inserção em todos os âmbitos referentes ao problema: desde as questões de promoção e prevenção até os serviços de atenção primária, secundária e de reabilitação. Muitas das pesquisas financiadas já foram concluídas e espera-se que contribuam para melhorar a formulação de políticas e as práticas do setor.

Também os municípios e os estados têm incluído a violência em suas pautas de discussão coletiva. Em 1998, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com assessoria do Claves, instituiu um plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Unesco. Esse plano ofereceu orientações gerais para o conjunto dos municípios e adotou metas de sensibilização a partir das secretarias de Saúde, visando à interiorização no sistema de um tema ainda pouco familiar (Conasems, 1998). Nos últimos dez anos, desde que o Conasems passou a fazer parte da Rede Gandhi, o tema da não violência e da cultura da paz faz parte da pauta de ação de vários municípios e de todos os congressos desse conselho.

Bem mais tarde, mas de forma contundente, em 2007, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) divulgou um documento oficial denominado “Violência: uma epidemia silenciosa”, tomando posição sobre a inclusão no tema em sua área de atuação. O assunto foi objeto de seminários, oficinas e do seu V Congresso. A partir de um diagnóstico do problema, o texto aponta seis áreas para a atuação das secretarias estaduais de Saúde: vigilância; prevenção e promoção (incluindo participação comunitária e comunicação social); organização da assistência; pesquisa; formação e educação permanente; e legislação. O foco é a cultura de paz e o investimento nos profissionais da saúde que atuam no atendimento às vítimas de violência nas grandes cidades ou nos municípios mais longínquos das fronteiras ou do interior do país.

Em resumo, no período de 2001 a 2011, a partir de diretrizes e ações planejadas, o Ministério da Saúde vem apresentando importante evolução na legitimação da PNRMAV promulgada em 2001. Além dos documentos que são estruturantes da ação ministerial e do SUS, outros foram elaborados ou oficializados, buscando-se a integração do tema nas ações rotineiras do setor. É o caso, por exemplo: 1) da portaria n. 1.968/2001, que trata da notificação obrigatória pelos profissionais da saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes; 2) da portaria n. 1.969/2001, que dispõe sobre o registro e o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas; 3) das portarias SAS/MS n. 969 e 970/2002, que disponibilizam uma nova ficha de registro de entrada de pacientes no SUS, com a intenção de captar, com mais precisão e adequação, as informações sobre acidentes e violências.

Outros avanços podem ser observados também na área de saúde mental, que passou a discutir a inserção do atendimento às mulheres, às crianças e aos adolescentes em situação de violência nos Centros de Apoio Psicossocial (Caps); no campo da saúde do adolescente e do jovem, apoiando atividades de protagonismo juvenil como prevenção das violências; na área de saúde do idoso e do portador de deficiência, que também começa a inserir a temática da violência em suas linhas de atuação.

Durante toda a primeira década deste século, o Ministério da Saúde lançou várias normas técnicas, como as que tratam do atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual, da anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e

adolescentes e da atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez prevista em lei. Todos esses documentos se encontram no *site* do Ministério da Saúde.

Avaliação da política e das práticas

O parâmetro que se tem para avaliar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências são suas sete diretrizes, a partir das quais muitos estudos indicam o que seria importante aperfeiçoar e adequar na sua implementação:

1) Sobre o quadro de mortalidade e morbidade – Jovens e idosos compõem os grupos sociais que continuam demandando especial atenção dos que atuam na prevenção da violência porque são os mais afetados pela mortalidade por causas externas. Os homens são os mais atingidos pelas agressões, autoagressões e acidentes de trânsito. Os dados salientam a necessidade de investimento maciço nos processos de prevenção, para melhor adequação da oferta de serviços de saúde para o atendimento às vítimas e para se conseguir a redução dos desfechos fatais.

2) Sobre a adequação da oferta de serviços ao perfil epidemiológico – É baixo o percentual de unidades de saúde que realizam algum tipo de atendimento diferenciado às vítimas de acidentes e violências. Seria de esperar que os centros de saúde e as unidades de Saúde da Família tivessem maior engajamento nas ações de prevenção e de acompanhamento das famílias e das vítimas. No entanto, isso não vem ocorrendo. No outro extremo, a oferta de leitos de UTI é deficiente em todas as capitais do país, sobretudo para os idosos que constituem, proporcionalmente, o segmento que mais se interna por causas externas. Também o atendimento às famílias violentas não constitui uma prática em qualquer nível dos serviços. Em geral, o atendimento médico corresponde à principal prioridade dos serviços que atuam nas consequências dos acidentes e violências. Tal foco é de vital importância. Contudo, a compreensão do complexo processo social que um caso de violência ou de acidente envolve sugere a necessidade de uma atenção multiprofissional.

3) Sobre a atenção às vítimas:

- Pré-hospitalar – A entrada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) nas cidades onde o resgate móvel não dispunha de centrais médicas de regulação e de atendimento por médicos nas ambulâncias tem sido fundamental para as vítimas de causas externas. Mas ainda existe pouca articulação do pré-hospitalar móvel com as demais unidades de saúde através de uma central de regulação; e mesmo quando há boa interação entre os serviços móveis e fixos, a falta de vagas nos hospitais é um problema recorrente. No âmbito dos hospitais de emergência, existe uma disponibilidade maior e mais adequada de equipamentos e medicamentos, mas acumulam-se problemas provenientes das deficiências de outros níveis. Há alguns ambulatórios especializados que oferecem cuidados médicos, suporte psicológico e social às vítimas de violência e suas famílias e sua atuação é muito relevante.

- Hospitalar – A maioria dos hospitais nas capitais do país possui mecanismos próprios de articulação com outros serviços para realização de transporte e transferência de

pacientes, para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e de patologia clínica, além de estarem articulados com centrais de regulação ou a alguma rede pactuada pelo município. Grande parte deles dispõe de rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências acessíveis às equipes, embora sejam poucos os profissionais que consultem essas orientações. Constatam-se várias deficiências na articulação entre os profissionais; falta de insumos, de equipamentos e de manutenção dos que ficam avariados; tensão e excesso de demanda em determinados horários do dia e datas especiais; falta de estratégias de referência e contrarreferência; e inexistência de programas de prevenção.

- Reabilitação – Nesse particular, as debilidades no país são imensas. Destacam-se: rede muito pequena em relação à demanda, fraco acompanhamento pós-hospitalar, deficiente e inadequado transporte de pacientes sequelados, descontinuidade na distribuição de medicamentos, baixa qualidade das órteses e próteses e deficiente treinamento para seu uso. O sistema privilegia o atendimento de pessoas com deficiências físicas e dá pouca atenção às vítimas de sequelas mentais e suas famílias.

4) Sobre a promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis – O foco na promoção da saúde está pouco presente. Existem algumas iniciativas a partir dos Núcleos de Estudos e Programas de Prevenção que funcionam com o apoio do Ministério da Saúde. No entanto, esses núcleos são induzidos, ainda não integram a rotina das redes e mostram poucos resultados.

5) Sobre a formação dos profissionais da saúde – A preparação dos profissionais para lidar com as vítimas de violências e acidentes é ainda muito precária. A capacitação em núcleos de educação em urgência é realizada em apenas poucos locais e de forma esporádica.

6) Sobre o monitoramento de acidentes e violências – Para que ocorra o adequado monitoramento dos acidentes e violências, é preciso ter maior cobertura do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/SUS); melhor qualificação dos dados sobre causas externas nos registros de morbidade e nas declarações de óbito; capacitação dos profissionais que atuam no processo de notificação; melhor integração com os Institutos Médico-Legais; e integração e comunicação entre as bases de dados da saúde e da segurança pública.

7) Sobre o desenvolvimento de estudos e pesquisas – Tem crescido muito no país o número de pesquisas sobre violências e causas externas em geral. No entanto, são insuficientes as iniciativas de pesquisas para o conhecimento das situações locais voltadas para a solução de problemas, o que demandaria maior articulação entre universidades, serviços e redes de saúde (Minayo & Deslandes, 2007).

Conclusões

A análise do fenômeno da violência realizada neste capítulo e as informações disponíveis sobre lesões, traumas e mortes permitem algumas conclusões. Por ser uma construção humana e social, a violência é prevenível. A história de todos os países da Europa e de al-

guns países das Américas mostra que as taxas de mortes violentas diminuem drasticamente ao longo do tempo quando há investimento em democracia, cidadania, direitos humanos, melhoria de condições de vida e educação formal. Políticas públicas nessa direção são mais importantes do que programas coercitivos, embora esse tipo de ação também seja importante. O clássico princípio de que o Estado deve atuar de forma equilibrada em seu papel de coesão social e de coerção da criminalidade e das contravenções é sumamente importante no controle da violência social.

O homicídio é o ato mais hediondo nas relações sociais, pois resulta no aniquilamento do outro. Mas ele é apenas um indicador das múltiplas expressões de violência (embora o mais utilizado internacionalmente, pois permite comparação). Outras manifestações que vão desde as mais graves até as mais sutis e ocultas se alimentam mutuamente. As formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos (como homossexuais, crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos, dentre outros) constituem um ambiente sociocultural adverso e, frequentemente, portador de exclusão e de lesões físicas e emocionais.

A noção de causalidade complexa da violência interconecta fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais, conjunturais, interpessoais, subjetivos e biológicos. Sempre existirão elementos gerais e especificidades nas formas de apresentação e de reprodução desse fenômeno do ponto de vista individual ou coletivo. Portanto, propostas positivistas que apresentem planos mirabolantes para acabar com a violência não têm consistência teórica. A violência precisa ser entendida e analisada como um fenômeno de expressão e parte constitutiva dos processos históricos complexos sobre os quais se pode intervir.

Por se diferenciar no tempo e no espaço e por manter formas culturais de longa duração, é importante investir no conhecimento específico e empírico da violência e das causas externas, levando-se em conta a história, a manifestação no local, os grupos mais vulneráveis, os fenômenos de maior gravidade e as representações da sociedade sobre eles, para se compreender e agir. No caso brasileiro, sobretudo nas regiões metropolitanas e nos grandes centros urbanos, a violência coletiva tende a vicejar persistente e vigorosamente na sua expressão instrumental, como recurso usado por muitas pessoas e grupos para conquistar mercados de bens e de poder.

Mas a chamada violência tradicional, aquela que ressalta os conflitos comuns ou institucionais entre as pessoas e os grupos, as frustrações das paixões nas relações de gênero, os furtos provocados pela fome, pela necessidade ou pelo vício continuam a existir e respondem por grande parte das agressões e crimes. Não se pode compartilhar do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle que frequentemente é evidenciado pela opinião pública em relação ao fenômeno da violência. O presente e o futuro são criações humanas, com o barro das circunstâncias ao seu alcance. O setor saúde, com lógica diferente do setor de segurança e justiça, que focaliza o criminoso e o crime, tem muito a contribuir com seu *ethos* de cuidado atendendo tanto às vítimas como aos agressores.

Termina-se esta reflexão assinalando-se fatos que demonstram o esforço de engajamento do setor: 1) o país foi pioneiro em organizar e adotar a construção coletiva e a promulgação do documento da PNRMAV, em 2001; 2) o Brasil saiu na frente no planejamento de ações no âmbito do SUS, por meio da elaboração de um plano nacional de ação, fundamentado em estudos e bases epidemiológicas; 3) o país atendeu a uma recomendação da OMS de

que cada país promovesse seu diagnóstico situacional para fundamentar ações estratégicas de redução das mortes e dos agravos por causas externas, elaborando a publicação denominada *Impacto da Violência sobre a Saúde dos Brasileiros* (Brasil, 2005). Duas outras iniciativas são dignas de nota: a inclusão do Conasems na Rede Gandhi, em 2000, e a pactuação do documento pelo Conass entre as secretarias estaduais denominado "Violência: uma epidemia silenciosa", em 2007.

Todos os que integram as redes de prevenção da violência e de cultura da paz apostam nos esforços empreendidos para criar parâmetros, definir diretrizes e integrar ações que clamam pela promoção da vida e contra tantas mortes preveníveis e evitáveis. Nesse sentido, a tradição do cuidado que caracteriza o *ethos* do setor saúde faz toda a diferença!

Leituras recomendadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

GOMES, R. *et al*. *Êxitos na Prevenção de Violência*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Sites de interesse

Gandhi in Action Network: www.gandhiinaction.ning.com

Portal do Ministério da Saúde – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: www.saude.gov.br

Rede de Cultura de Paz e Promoção da Saúde – Conasems/Redes institucionais: www.conasems.org.br/site/index.php/o-conasems/redes

Referências

ARENDT, H. *A Condição Humana* [1958]. São Paulo: Companha das Letras, 1989.

ARENDT, H. *Sobre a Violência Hoje* [1970]. São Paulo: Civilização Brasileira, 1999.

ARENDT, H. *Origens do Totalitarismo* [1951]. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectiva para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl.1): 126-134, 1994.

ASSIS, S. G. *et al*. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e a violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2): 349-361, 2009.

BAKER, A. A. Granny battering. *Modern Geriatrics,* 5: 20-24, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de junho de 2001. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BURSTON, G. Granny battering. *British Medical Journal*, 3(5.983): 592, 1975.

CASTELLS, M. *A Sociedade em Rede*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

CHESNAIS, J. *Histoire de la Violence: en Occident de 1800 à nos jours*. Paris: Éditions Robert Laffont, 1981.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Um Pacto em Favor da Vida*. Brasília: Conasems, 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Site*. Disponível em: <www.conasems.org.br/site/index.php/o-conasems/redes>. Acesso em: 23 maio 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Violência: uma epidemia silenciosa*. Brasília: Conass, 2007.

CRAIG, I. & HALTON, K. Genetics of human aggressive behaviour. *Human Genetics*, 126: 101-113, 2009.

DOMENACH, J. M. *La Violencia y sus Causas*. Paris: Unesco, 1981.

ENGELS, F. *A Dialética da Natureza* [1883]. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

FANON, F. *Os Deserdados da Terra* [1962]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

FLORES, R. Z. A biologia na violência. *Ciência & Saúde Coletiva,* 7(1): 197-202, 2002.

FREUD, S. *Por que a Guerra?* Obras Completas, volume XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GOMES, R. *et al*. *Êxitos na Prevenção da Violência*. São Paulo: Hucitec, 2010.

GUERRERO, R. *et al*. Violencia en la región de las Américas, cap. XIV. *In*: FINKELMAN, J. (Org.) *Determinantes Ambientales y Sociales de la Salud*. Washington: Opas, 2010.

HEISE, L. Violência e gênero: uma epidemia global. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl. 1): 135-146, 1994.

KEMPE, C. H. *et al*. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181: 17-24, 1962.

LAMOGLIA, C. V. A. & MINAYO, M. C. S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva,*14(2): 595-604, 2009.

LIPPI, J. R. S. *Tentativa de Suicídio Associada à Violência Física, Psicológica e Sexual contra a Criança e o Adolescente*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3): 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. *Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? *Ciência & Saúde Coletiva,* 4(1): 7-24, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Salud Mundial*. Genebra: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Violência e Saúde*. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Violencia y Salud*. Resolución n. XIX. Washington: Opas, 1994.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Health Situation in the Americas: basic health indicators, 2004*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2009.

SARTRE, J-P. *Crítica à Razão Dialética* [1958]. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Os Pensadores).

SOREL, G. *Reflexões sobre a Violência* [1908]. Petrópolis: Vozes, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Saúde Pública,* 36(4): 470-477, 2002.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social*, 9(1): 5-41, 1997.

35. Saúde e Ambiente

Anamaria Testa Tambellini
Ary Carvalho de Miranda

A questão ambiental e suas relações com a saúde humana estão sistematicamente na agenda internacional, tanto no que se refere às políticas públicas quanto aos movimentos sociais e à academia. Considerando as dimensões e os desafios inerentes aos problemas político-econômicos, ambientais e sanitários que emergem neste campo, é fundamental a construção de um entendimento que possibilite a elaboração de alternativas viáveis para a resolução ou o controle de seus efeitos, uma vez que não dispomos ainda de instrumentos e políticas capazes de intervenções compatíveis com a natureza desses problemas. Entendemos que essa situação seja devida, em parte, a compreensões limitadas do objeto em questão, seja pela ciência, pelo poder público ou pela cidadania.

Neste texto, o objeto científico a que nos referimos é constituído pela articulação entre três elementos complexos: o 'desenvolvimento', tomado como um processo econômico e social; o 'ambiente', visto como um sistema socioecológico; e a 'saúde humana', em sua expressão coletiva. O objetivo é expor e analisar as questões que se situam no campo das relações entre desenvolvimento, ambiente e saúde, com o sentido de identificar os processos críticos, cujas dinâmicas possibilitam a existência e a criação de mecanismos que poderão resultar em diferentes perfis de saúde nas populações a elas submetidas.

A abordagem levará em consideração, de forma crítica, aspectos de natureza conceitual, científica e técnica, assim como aqueles inerentes às políticas e intervenções que se relacionem às articulações entre o modelo de desenvolvimento, os sistemas socioecológicos e a saúde das coletividades. Compõe-se de três partes principais. A primeira traçará o curso do processo histórico contemporâneo no que diz respeito às relações entre o desenvolvimento, o ambiente e a saúde humana, tendo em vista os processos econômicos, sociais, demográficos e as alterações ambientais que os acompanham. Também serão explicitadas propostas relativas ao desenvolvimento sustentável que, por sua vez, nos remetem à reflexão sobre o conceito de sustentabilidade em suas várias dimensões.

Na segunda parte, serão discutidos conceitos e teorias que fundamentam o pensamento sobre as relações entre o ambiente e a saúde, que informam as proposições científicas desse

campo de conhecimento, em que assume importância a construção teórico-conceitual que permite a compreensão do ambiente como sistema socioecológico. Serão analisadas ainda três alternativas metodológicas para abordagem da relação ambiente e saúde.

Na terceira parte, serão apresentadas as formas de cuidado presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objeto é a saúde ambiental e que integram o Sistema de Vigilância à Saúde, assim como as propostas orientadoras de uma política de saúde ambiental no SUS. Ao final, estão apresentados alguns desafios para reflexão e ação no âmbito da saúde ambiental.

Relações entre o desenvolvimento econômico-social, os sistemas socioecológicos e a saúde humana

Certamente, as mudanças ambientais sobre a Terra são tão antigas como a própria Terra. A ação de asteroides e vulcões, ao longo de milhões de anos, produziu um número expressivo de alterações ambientais, assim como outras forças astronômicas e geológicas (Diamond, 2003). No entanto, a ação humana, através dos processos produtivos desencadeados ao longo da história, instaura situações de agressão ao meio ambiente, principalmente a partir do momento em que o homem inicia suas atividades agropecuárias, por volta de 11 mil anos atrás. Mas, durante séculos, as ações transformadoras da natureza tiveram consequências localizadas ou com pouca capacidade de propagação. Até o século XIX, as atividades econômicas impactavam apenas os ambientes e as sociedades locais. No entanto, a partir daí, o processo produtivo alavancado para impulsionar o desenvolvimento do capitalismo tem proporcionado alterações no meio ambiente com intensidade e escala jamais experimentadas em toda a história da humanidade.

Essa articulação entre a produção de bens e as transformações da natureza nos coloca diante de questões conceituais relativas ao meio ambiente, principalmente ao fazermos as interfaces com aspectos inerentes à saúde humana. As reflexões científicas em torno da questão ambiental, particularmente relacionadas à saúde, foram marcadas por tradicionais divisões entre enfoques oriundos das ciências naturais e da tecnologia, de um lado, e das ciências sociais e humanas, de outro, estabelecendo um dualismo entre natureza e sociedade, dualismo este propagador de várias tendências reducionistas, tais como:

- Naturalista – compreende o comportamento humano individual e coletivo como parte da natureza essencialmente biológica, visão representada em seu extremo pelo enfoque neomalthusiano, cuja proposta entende a degradação do meio ambiente como consequência do crescimento da espécie humana no planeta.

- Tecnológico-tecnocrática – representada por uma visão gerencial técnico-científica e econômica, inclui um determinismo tecnológico e uma apologia do processo técnico-científico como solução a todos os problemas ambientais.

- Sociológica – estabelece uma forte dicotomia entre natureza e sociedade, fortalecendo a visão antropocêntrica do desenvolvimento dos futuros projetos da humanidade (Freitas, Soares & Porto, 1999).

Esses reducionismos expressam a necessidade de superação da abordagem unidisciplinar dos problemas, sem a qual teríamos enorme dificuldade de compreensão articulada

e abrangente que o objeto exige. Desse modo, é fundamental a articulação entre o natural, o social e o ecológico, compreendidos de forma interativa, para uma melhor percepção de suas complexidades.

As transformações na lógica produtiva, com o advento do capitalismo (que se inicia no século XVI e amadurece definitivamente no século XIX), reconfiguram toda a dinâmica da vida social. São constituídas grandes massas de trabalhadores nas fábricas, assim como se formam as grandes cidades, instituindo dimensões absolutamente novas na condição humana. A vida social e produtiva, que se realizava fundamentalmente no campo, cuja produção era dirigida para atender às necessidades humanas, passa a se constituir em um mundo com significativa característica urbana, e a produção se volta fundamentalmente para a acumulação de riquezas. Esse processo, sustentado na propriedade privada dos meios de produção, se estrutura tendo na exploração da força de trabalho sua engrenagem fundamental. A garantia da disponibilidade dessa força de trabalho, para impulsionar as fábricas, é assegurada pela expulsão dos trabalhadores do campo e a destruição do trabalho artesanal pela competição produtiva.

A partir do século XIX, com a consolidação da grande indústria e a universalização do sistema capitalista, são fornecidas as bases sobre as quais vai se desenvolver toda a lógica produtiva do mundo atual, edificando um modelo cultuado em valores materiais expressos no consumo de mercadorias de larga escala; centrado na exploração do trabalho, em busca da acumulação privada da riqueza; com produção em massa, incorporando grandes quantitativos populacionais a esse processo; estabelecendo normas e padrões de vida e trabalho comuns a toda a sociedade industrializada e, dessa forma, homogeneizando grandes contingentes humanos no universo social e produtivo. Com isso, construiu-se um modelo social excludente e com enormes impactos sobre o meio ambiente, sobre a saúde dos trabalhadores e da população em geral, definindo, assim, os modos de se viver nos tempos modernos.

O século XX, em sua primeira metade, desenvolve instrumentos de maior racionalidade científica na organização do processo produtivo, em busca de um modelo que permita altos ganhos de produtividade. Esse modelo, o taylorismo/fordismo, universaliza-se no mundo industrial após a Segunda Guerra e impulsiona o sistema econômico, diversificando e complexificando mais ainda a produção. Baseados nos significativos avanços da ciência, esse modelo amplia a fabricação não apenas de produtos melhorados, mas daqueles inteiramente novos, como, por exemplo, os plásticos, o náilon, o poliestireno e o politeno. O radar, o motor a jato, o transistor e os primeiros computadores digitais civis apareceram posteriormente. Também os circuitos integrados, os *lasers* e vários subprodutos de foguetes espaciais constituem uma pequena amostra do que as novas tecnologias derramaram nesse período. Para isso, fábricas se multiplicam e um enorme arsenal de novas substâncias químicas é incorporado à produção, ampliando e diversificando riscos não só aos trabalhadores, mas à população em geral. A economia mundial, portanto, crescia a uma taxa explosiva. Na década de 1960, jamais houvera algo assim. A produção mundial de manufaturas quadriplicou entre o início da década de 1950 e o começo da de 1970, e – o que é ainda mais impressionante – o comércio mundial de produtos manufaturados aumentou dez vezes (Hobsbawm, 1977).

Na agricultura, a chamada Revolução Verde impôs novas formas à produção de alimentos, alavancando a produtividade agropecuária, fazendo com que a produção de grãos por hectare quase tenha duplicado entre 1950 e 1980, apesar da alta carga de degradação

ambiental decorrente de tal prática, como asseveram Paulo Frederico Petersen, Jean Marc Weid e Gabriel Bianconi Fernandes (2009). Cabe destacar três características desse contexto: 1) ele transformou absolutamente a vida cotidiana nos países mais ricos e, mesmo em menor escala, daqueles mais pobres, havendo uma progressiva substituição de materiais naturais por aqueles industrializados; 2) quanto mais complexa a tecnologia, mais complexo o caminho da inovação à produção, fazendo com que a ciência assuma papel primordial; 3) as novas tecnologias utilizadas para a produção cada vez menos exigiam mão de obra, fenômeno que vai se intensificar a passos largos a partir dos anos 70 (Hobsbawm, 1997). É importante salientar que todos esses processos foram edificados produzindo enormes desigualdades sociais.

Taylorismo/Fordismo

No início do século XX, duas formas de organização de produção industrial provocaram importantes mudanças na maneira de organizar a produção nas fábricas: o taylorismo e o fordismo. Tinham como objetivo racionalizar a produção, para alcançar maior produtividade e lucro.

Frederick Winslow Taylor desenvolveu, nos Estados Unidos, um conjunto de métodos para a produção industrial, baseado na administração científica do trabalho, que aperfeiçoava a divisão técnica do trabalho. Consiste basicamente na separação da concepção e execução do trabalho, identificação do homem adequado para cada tarefa e no controle dos tempos e movimentos durante a atividade de trabalho.

Henry Ford agrega à racionalização de Taylor a linha de montagem, na indústria automobilística, na qual o operário ficava fixo em determinado posto de trabalho realizando uma tarefa específica, enquanto as peças do produto a ser fabricado se deslocavam pelo interior da fábrica em uma espécie de esteira. Com isso, as máquinas ditavam o ritmo do trabalho.

A organização científica do trabalho, desenvolvida por Taylor, e a linha de montagem, criada por Ford, irão sustentar a característica da produção da grande indústria, que se propagou pelo mundo ao longo do século XX.

Revolução Verde

Após a Segunda Guerra Mundial, as práticas que buscavam aumentar a produtividade agrícola consolidaram a chamada Revolução Verde, que articula seis procedimentos básicos: as monoculturas, o revolvimento intensivo dos solos, o uso de fertilizantes sintéticos, o controle químico de pragas e doenças, a irrigação e a manipulação dos genomas de plantas e animais domésticos. Embora cada uma dessas práticas tenha uma função específica no agroecossistema, para que seja efetiva deve ser adotada de forma combinada com as demais, criando um sistema técnico pouco flexível que induz à forte dependência econômica da agricultura em relação à indústria e ao sistema financeiro. Apesar de ter contribuído para o aumento da produtividade de alimentos, promoveu-se a desconexão entre a agricultura e os ecossistemas naturais, substituindo parte importante do trabalho que a natureza desempenhava na regeneração da fertilidade dos agroecossistemas pelo emprego intensivo de agroquímicos e de motomecanização pesada (Petersen, Weid & Fernandes, 2009).

Esse período traz consigo expressões significativas das contradições do capitalismo. A derrota do nazismo, que erigiu estruturas democráticas em diversos países, e a recuperação econômico-social da Europa e do Japão das mazelas da Segunda Guerra proporcionaram também um vigoroso processo político. A força do movimento sindical permitia aos trabalhadores ganhos importantes no enfrentamento com o capital, assim como questões relativas à organização do trabalho e suas consequências sobre a saúde humana eram incorporadas

à agenda que definia os conflitos de classe. Ademais, declinava a lucratividade do capital e, somado a isso, a partir da primeira metade da década de 1970, o choque do petróleo e a possibilidade de estagnação econômica conjugada com a inflação fez com que o mundo capitalista pusesse em movimento um conjunto de processos que solaparam o compromisso fordista. Como destaca David Harvey, em *Condição Pós-Moderna*:

> A profunda recessão de 1973, exacerbada pelo choque do petróleo, evidentemente retirou o mundo capitalista do sufocante torpor da "estagflação" [ocorrência simultânea de estagnação econômica e inflação persistente]. Em conseqüência, as décadas de 1970 e 1980 foram um conturbado período de reestruturação econômica e de reajustamento social e político. No espaço social criado por todas essas oscilações e incertezas, uma série de novas experiências nos domínios da organização industrial e da vida social e política começaram a tomar forma. Essas experiências podem representar os primeiros ímpetos da passagem para um regime de acumulação inteiramente novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinta. (Harvey, 1998: 140)

A 'era' que então se inicia, ou seja, o pós-fordismo ou 'acumulação flexível', caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos na indústria, principalmente em regiões consideradas até então subdesenvolvidas, com forte destaque ao papel do capital financeiro, assim como pelo crescimento substantivo do emprego no setor de serviços.

A chamada globalização do mundo em que vivemos se desenvolve nesse contexto. Propagada por seus ideólogos como necessária para diminuir as profundas desigualdades, o caminho seria, segundo eles, a superação das fronteiras nacionais, favorecendo a integração entre países, permitindo a profusão de capital, bens, serviços, conhecimento e tecnologias, proporcionando com isso a paulatina superação das iniquidades econômicas e sociais vigentes.

O século XXI inaugura-se desmascarando essa falácia. As fronteiras nacionais estão cada vez mais fortalecidas (a invasão do Iraque e do Afeganistão pelos Estados Unidos e os conflitos no Oriente Médio atestam com fatos) e a concentração da produção científica e tecnológica continua nos Estados Unidos, na Europa e no Japão, que detêm 80% da produção científica e deposição de patentes (apenas a China recentemente desponta nesse cenário). Enquanto isso, a profusão de capital e mercadorias intensificou-se, principalmente no eixo Norte-Sul, assim como se intensificaram as desigualdades, fazendo com que 80% dos bens e serviços produzidos mundialmente pertençam a um bilhão de pessoas que vivem no mundo desenvolvido, e os 20% restantes sejam divididos entre os mais de 5 bilhões de pessoas nos países em desenvolvimento (UN, 2005).

Entretanto, é somente a partir da segunda metade do século XX que os efeitos do desenvolvimento mobilizam de forma significativa os segmentos sociais, criando movimentos que buscam políticas públicas em defesa de modelos alternativos que garantam, além da sustentabilidade econômica, sustentabilidade socioambiental. Eric Hobsbawm, em *Era dos Extremos*, localiza esse fenômeno:

> Mal se notava ainda um subproduto dessa extraordinária explosão, embora em retrospecto ele já parecesse ameaçador: a poluição e a deterioração ecológica. Durante a Era de Ouro – os 45 anos que vão dos lançamentos das bombas atômicas ao fim da União Soviética –, isso chamou pouca atenção a não ser de entusiastas da vida silvestre e outros protetores de raridades humanas e naturais, porque *a ideologia de progresso dominante tinha como certo que o crescente domínio da natureza pelo homem era a medida mesmo do avanço da humanidade*. (...) O velho lema

> do homem de negócios do século XIX, "Onde tem lama tem grana" (ou seja, poluição quer dizer dinheiro), ainda era conveniente. (Hobsbawm, 1997: 257 – grifo nosso)

Os efeitos socioambientais desse desenvolvimento ganham contornos de tamanha iniquidade que, ao final do ano 2000, o Produto Interno Bruto (PIB) mundial supera os 62 trilhões de dólares (World Bank, 2010), ao mesmo tempo que temos 212 milhões de trabalhadores desempregados (ILO, 2010); 1,1 bilhão de pessoas com algum tipo de deficiência nutricional (FAO, 2009); 1 bilhão vivendo em favelas (UN-Habitat, 2009) e índices de mortalidade em menores de 5 anos, em países africanos, ultrapassando 140 por mil crianças nascidas vivas (WHO, 2010).

Nesse processo de desenvolvimento, nos últimos duzentos anos, o crescimento populacional sextuplica (chegamos, hoje, a 7 bilhões de habitantes), ao passo que a humanidade havia levado mil e oitocentos anos para duplicar sua população (no ano I, da era cristã, tínhamos 500 milhões de pessoas habitando a Terra, e somente no início do século XIX alcançamos a cifra de 1 bilhão). No entanto, enquanto na Europa a expectativa média de vida ao nascer é superior a 80 anos, na África está em torno de 40 anos (World Bank, 2006).

Outro elemento marcante do crescimento populacional está relacionado à velocidade das mudanças do perfil demográfico, caracterizado por altas concentrações de populações em áreas urbanas. Até o início dos anos 50, aproximadamente 30% da população mundial residia em áreas urbanas, mas, em 2007, pela primeira vez na história da humanidade, a população do mundo estava distribuída igualmente em áreas rurais e urbanas. Em 2005, do total de 6,3 bilhões da população mundial, 3,17 residiam nas cidades. As projeções indicam que em 2030 esse número alcançará 5 bilhões (UN-Habitat, 2006).

A região da América Latina e Caribe é a segunda em termos de concentração populacional em centros urbanos, estando atrás apenas do América do Norte, e a primeira, entre as regiões do mundo em desenvolvimento, com 77% de sua população, ou seja, 433 milhões de pessoas vivendo nas cidades (Opas, 2005). O rápido crescimento urbano da região foi observado a partir do início dos anos 50, decorrente da mudança do padrão econômico, quando as atividades industriais predominam em relação à agricultura, levando a concentração produtiva para as cidades, assim como a modernização das relações capitalistas na agricultura, induzindo ao êxodo rural. A rápida urbanização determinou a ocupação desordenada do espaço urbano, sobrecarregando a capacidade de suporte do ecossistema. No Brasil, o número de moradores em favelas chegou a mais de 5 milhões em 1991. As favelas vêm se ampliando em todas as áreas, crescendo especialmente nas regiões Nordeste e Norte. Em algumas cidades, quase a metade do espaço edificado está na esfera do irregular e do informal, envolvendo questões desde a insegurança da construção até as formas de ocupação de áreas vulneráveis. Tais condições são a negação dos requisitos mínimos fundamentais para a construção de ambientes favoráveis à saúde e habitações saudáveis.

Serviços e capacidade de suporte do ecossistema

São quatro os tipos de serviços do ecossistema para as populações humanas: provisão, regulação, suporte e serviços culturais, que apresentam as seguintes características:

- Provisão – alimentos, água potável, combustíveis, fibras, compostos bioquímicos e recursos genéticos.

- Regulação – do clima, dos ciclos de águas e sua purificação, da degradação dos solos etc.
- Suporte – formação dos solos e ciclos de nutrientes; produção primária.
- Serviços culturais – benefícios não materiais obtidos dos ecossistemas, tais como: lazer e turismo, valor espiritual e religioso, estéticos, educacionais, herança cultural e sensação de lugar.

A capacidade de suporte admite duas possibilidades de entendimento: para a biologia, é a quantidade de organismos passíveis de serem sustentados por um dado ecossistema e, para a ecologia, é o limite populacional possível de ser sustentado em uma dada situação ambiental.

É importante destacar que, atualmente, a situação caótica dos grandes aglomerados urbanos se deve ao crescimento e à concentração de atividades humanas intensas e desordenadas, que não levaram em consideração a capacidade de suporte do ecossistema.

Habitação saudável

Esse conceito está relacionado à equilibrada relação de vizinhança; funcionalidade da planta habitacional; flexibilidade de transformação dos espaços habitacionais; existência de infraestrutura de serviços; racionalidade das soluções do espaço; qualidade dos modelos construtivos empregados no espaço habitacional; segurança física, social e sanitária; condições de conforto do projeto arquitetônico da habitação no que diz respeito às condições físicas, térmicas, acústicas e visuais livres de umidade e de poluição; durabilidade dos materiais empregados na construção do projeto habitacional; configuração final do projeto habitacional e do seu entorno; funções da habitação (física, técnica, sanitária, sociocultural e psíquica); composição do projeto habitacional e acessibilidade do espaço habitacional, segundo Cohen e colaboradores (2004).

O complexo modo de se organizar e viver nas regiões urbanas, marcado pela exclusão de grande parte de nossa população, acaba por promover expressões de violência das mais diversas formas, com impactos significativos nos quadros de morbidade e mortalidade. As taxas de morte por causas violentas, nos principais centros urbanos brasileiros, estão entre as mais altas do continente americano. Dados do Ministério da Saúde informam que o Brasil passou de 59,0 mortes por causas externas (acidentes e violência) por 100 mil habitantes na década de 1980 para 72,5 em 2002. Nesse mesmo ano, morreram 126.657 pessoas no país por acidentes e violência, o que significa 12,6% dos óbitos por todas as causas e, dentre as causas específicas, no ano de 2003, as agressões e os acidentes de transportes apresentaram as mais elevadas taxas: 28,9 e 19,0 por cem mil habitantes, respectivamente. Esses dois grupos concentram 66,8% de todas as causas de morte por causas externas (Souza & Lima, 2006).

Cabe também um destaque para os problemas decorrentes especificamente dos acidentes de trânsito, pela magnitude de seus impactos, não só sobre a saúde pública, mas também sobre a economia. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano 2000, cerca de 1.260.000 pessoas morreram por acidente de trânsito no mundo, das quais 11% nas Américas. Cerca de 90% dessas mortes se concentraram em países com baixa e média rendas, onde as vítimas desses eventos ocupam 10% dos leitos hospitalares. Ainda de acordo com a OMS, acidente de trânsito é a décima causa de mortes e a nona a contribuir com a carga de doença em todo o mundo. Estima-se que o custo anual dos acidentes de trânsito é em torno de 1% do PIB de países em desenvolvimento e 2% do PIB dos países altamente motorizados. Na América Latina, esse custo seria de 18,9 bilhões, enquanto nos países altamente motorizados seria de 453,3 bilhões (Souza, Minayo & Malaquias, 2005).

O desafio para abastecer grandes contingentes populacionais alavancou a agricultura, colocando, assim, a necessidade de fertilização das terras aráveis. Em 1940, foram usados em todo o mundo quatro milhões de toneladas de fertilizantes químicos, principalmente os nitrogenados e fosfatados; em 1965, esse consumo alcançou quarenta milhões de toneladas e, em 1990, 150 milhões. Se, por um lado, essa tecnologia permite, em tese, maiores níveis de produtividade, por outro, seus impactos ambientais não são desprezíveis. Estima-se que mais da metade desses fertilizantes se perde nas águas das comunidades agrícolas e áreas circunvizinhas, contribuindo para a eutrofização de rios, lagos e mares, desestabilizando o suprimento de micronutrientes nesses locais.

Nesse contexto, o uso de agrotóxicos é incentivado para o controle de pragas. Eles englobam um número variado de substâncias químicas e até de origem biológica, cuja utilização, cada vez mais intensiva e extensiva, tem proporcionado mudanças significativas no processo de trabalho agrícola, envolvendo enorme mobilização de recursos financeiros com preocupantes impactos sobre o ambiente e a saúde humana. Somente nos anos 2000 o mercado de agrotóxico, no Brasil, cresceu 176%, quatro vezes mais que a média mundial. Enquanto o consumo de agrotóxico, no ano 2000, foi de 2,71 kg/ha, em 2009 foi de 5,12 kg/ha. Nesse mesmo período, a área plantada aumentou 26,6%, ao passo que o consumo de agrotóxico cresceu 139% (Sindag, 2010). Em 2009, foram comercializadas 780 mil toneladas, com faturamento superior a oito bilhões de dólares (Bava, 2010), fazendo do país o maior mercado de agrotóxicos do mundo.

A magnitude dos efeitos diretos dos agrotóxicos sobre a saúde da população pode ser observada a partir dos registros do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox). Ocorreram no país, em 2008, 441 óbitos devido à intoxicação (por substâncias químicas em geral, plantas, animais peçonhentos, não peçonhentos e origem desconhecida), sendo que 150, ou seja, 34%, por agrotóxicos (Sinitox, 2008), apesar do sub-registro do sistema. A importância dos agrotóxicos para o Brasil tem sido de tal magnitude que, além dos estudos científicos que corroboram a associação entre exposição e danos à saúde, há várias manifestações sobre o assunto, dentre as quais destacamos o filme *O Veneno Está na Mesa*, de Silvio Tendler, feito para apoiar a Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e Pela Vida.

A contaminação do solo, decorrente do modelo tecnológico que preside as atividades agrícolas, é apenas um dos elementos constitutivos de sua degradação. A produção industrial, com seus processos que exigem cada vez mais um número diversificado de substâncias químicas, fez com que aproximadamente dez milhões de componentes químicos tenham sido sintetizados, desde 1900, sendo 150 mil colocados para uso comercial.

De maneira geral, o solo urbano acumulou, ao longo do século XX, concentrações de traços de metais dez a cem vezes maiores do que qualquer nível anterior. Ainda que a emissão de metais no ar tenha declinado a partir da segunda metade dos anos 70, especialmente de chumbo e cádmio, em função de regulações industriais, o chumbo, por exemplo, persiste por três mil anos no solo, produzindo particular legado, com consequências importantes sobre a saúde humana.

A degradação do solo por esse acelerado desenvolvimento é significativa. A área atual degradada pela ação humana é da ordem de dois bilhões de hectares, o equivalente a todo o território dos Estados Unidos e do Canadá, juntos, assim como corresponde a um quarto da área cultivada total em todo o mundo. Esse quantitativo, no entanto, promove diversos

impactos sobre diferentes regiões. A taxa de erosão no continente africano é, em média, nove vezes maior do que nas terras da Europa. Isso agrava a fome naquele continente, que foi o único que experimentou declínio na produção de alimentos *per capita* após 1960 (McNeill, 2000).

Um dos efeitos mais significativos da degradação ambiental e seus impactos sobre a saúde humana estão relacionados ao acesso à água. No final do século XIX, as ações no sentido de acabar com a separação entre a água para consumo e as redes de saneamento começaram a mudar o quadro de alta incidência de doenças de veiculação hídrica, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Na Grã-Bretanha, o investimento público financiou uma ampliação do sistema de esgotos. A esperança de vida aumentou, nas quatro décadas posteriores a 1880, surpreendentes 15 anos, tendo a redução dos óbitos infantis contribuído para a dimensão dessa melhoria. Nos Estados Unidos, medidas governamentais no controle do abastecimento de água fizeram introduzir sistemas de depuração e cloração. Segundo estimativa, a depuração de água explicará, por si só, uma redução para metade da mortalidade no primeiro terço do século XX. Nenhum outro período da história dos Estados Unidos testemunhou tão rápido decréscimo nas taxas de mortalidade.

Esses dados da história desses países da Europa e dos Estados Unidos são reveladores da forte associação entre acesso e qualidade da água e saúde, tanto que, com as medidas lá adotadas, hoje a incidência de doenças associadas à água não ultrapassa 1% no quadro geral de morbidade. No entanto, o olhar sobre os países em desenvolvimento registra uma realidade oposta: 80% da água neles são destinados à agricultura; 15%, à indústria; e 5%, ao consumo doméstico, aproximadamente, onde está concentrado 1,1 bilhão de pessoas do mundo sem acesso adequado à água potável (sendo considerado acesso adequado o consumo de, pelo menos, vinte litros por pessoa por dia, estando a fonte a uma distância de até um quilômetro). Já na Europa o consumo está na ordem de duzentos litros por pessoa por dia e, nos Estados Unidos, quatrocentos litros. Temos ainda 2,6 bilhões de pessoas, ou seja, metade da população do mundo em desenvolvimento, sem acesso a saneamento básico. Trata-se, na verdade, de uma crise para os pobres, pois quase duas em cada três pessoas sem acesso à água potável e 660 milhões de pessoas sem saneamento básico sobrevivem com menos de US$ 2 por dia (Pnud, 2006).

As doenças diarreicas e as parasitoses, muito associadas à falta de saneamento básico, estão entre as primeiras causas de morbidade em menores de 5 anos nas Américas, e isso incide em três indicadores de saúde: a expectativa de vida ao nascer, a taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos e a taxa de desnutrição crônica em menores de 5 anos. Para mostrar o impacto da água e do saneamento sobre a saúde, classificaram-se os países das Américas em seis fases de desenvolvimento, de acordo com a relação existente entre a saúde (medida pelos indicadores antes citados), a água e o saneamento e o grau de desenvolvimento. O resultado revelou que, quanto melhor o fornecimento de água e saneamento, melhores são os níveis de desenvolvimento humano e saúde (Opas/OMS, 2007).

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008, 12 milhões de residências brasileiras não possuíam acesso à rede de abastecimento de água e 18% da população brasileira não tinham rede coletora de esgoto em suas residências. "O contingente populacional sem a cobertura desse serviço, considerando-se apenas os municípios sem rede coletora, era de

aproximadamente 34,8 milhões de pessoas, ou seja, em 2008, cerca de 18% da população brasileira estavam expostas ao risco de contrair doenças em decorrência da inexistência de rede coletora de esgoto" (IBGE, 2008: 28). Além de sua magnitude, as disparidades entre as regiões são reveladoras de nossas desigualdades: deste total de 34,8 milhões de pessoas que não têm acesso à rede coletora de esgotos no Brasil, 15,3 milhões estão na região Nordeste e 8,8 milhões, na Norte.

No que diz respeito à contaminação atmosférica, a história revela sua importância para a saúde humana. Em 1900, Londres era a cidade mais populosa do mundo, com 6,6 milhões de habitantes e com centenas de milhares de chaminés queimando carvão. Assim como outras grandes cidades, atravessou a primeira metade do século passado provocando verdadeiras epidemias de doenças respiratórias decorrentes dessa poluição. Em 1909, morreram 1.063 moradores em Glasgow, na Escócia, devido à poluição do ar, e, em poucos dias no ano de 1930, foram mortas de setenta a cem pessoas em Maastal bei Lüttich, na Bélgica, pela mesma razão. Em Londres, no *smog* de dezembro de 1952, registraram-se níveis de fumaça acima de 6.000 microgramas por metro cúbico, matando cerca de quatro mil pessoas em apenas sete dias (Lomborg, 2002).

A segunda maior força propulsora da poluição do ar no século XX refere-se aos veículos automotores. Em 1910, o número total de veículos em todo o mundo não chegava a um milhão, mas em 1930 tinha alcançado a casa dos cinquenta milhões, em 1955 superou cem milhões, e no ano de 2007, um bilhão de veículos automotores trafegavam pelo mundo, segundo a Organização Mundial da Indústria Automobilística (*O Globo*, 2008).

Quando consideramos somente os dados a partir da segunda metade do século passado – apesar dos resultados importantes em vários países no combate à poluição atmosférica –, nos Estados Unidos, as emissões totais de partículas inferiores a dez milionésimos de metro caíram 42% desde 1990; no Japão, diminuíram 14% desde 1980; no Canadá, 46%; na Alemanha, 48,5%; e Paris fez declinar em 66%, desde 1970 (Lomborg, 2002). Ademais, segundo o Banco Mundial, a partir de 1992, somente material particulado nas cidades do mundo matou de trezentas mil a setecentas mil pessoas a cada ano; a OMS estimou em 1997 que a poluição do ar matou quatrocentas mil anualmente em todo o mundo, sendo contabilizadas entre 1950 e 1997 de vinte a trinta milhões de mortes.

Uma revisão da literatura regional sobre os efeitos da contaminação do ar na saúde, que abrangeu de 1994 a 2004, identificou 85 estudos publicados em revistas científicas. A maior parte desses trabalhos focava as populações de zonas urbanas de uns poucos países da América Latina: Brasil, Chile, Cuba, México, Peru e Venezuela. Os resultados dos estudos de curto prazo da região foram similares aos informados pela bibliografia internacional. As variações temporais de material particulado se associaram com um incremento da mortalidade diária por causas cardiovasculares e respiratórias. Também se associaram com o aumento de internações hospitalares por todas as causas respiratórias (Opas/OMS, 2007). Além das mortes, o agravamento de doenças crônicas provocado pela poluição atmosférica é expressivo, com enorme impacto sobre os serviços de saúde. Aumentam os casos de doenças respiratórias, de lesões de sistema nervoso central e alterações de desenvolvimento em crianças.

Segundo estudo publicado no GEO Brasil, entre 1970 e 2000 houve um aumento substancial da emissão de poluentes no ar no país, que variou em 200% para o dióxido de

enxofre e chegou a 500% no caso da emissão de hidrocarbonetos. Esses gases, junto com a fumaça negra emitida pelos veículos, têm contribuído para o aumento de doenças respiratórias. Na região metropolitana de São Paulo, onde existem estudos mais detalhados, estima-se que 17 milhões de pessoas sofrem os efeitos da poluição atmosférica. Os problemas respiratórios chegam a responder por 20 a 25% dos atendimentos de saúde e 10 a 12% das mortes (GEO Brasil, 2002).

O fenômeno da poluição aérea, para além do que foi mencionado, produz um componente absolutamente novo e de escala global: as mudanças climáticas, pelo incremento da concentração de gases de efeito estufa na atmosfera (majoritariamente composto por dióxido de carbono, metano e ozônio), e a redução da camada de ozônio na estratosfera, com enorme potencial de consequências na história do século XXI. Milhares de anos antes de 1800, os níveis de dióxido de carbono na atmosfera variavam em torno de 270 a 290 partes por milhão (ppm). A Revolução Industrial, impulsionada no século XX pelo combustível fóssil associado aos desflorestamentos, projetou essas cifras para 295 ppm, em 1900, que saltam para 310 a 315 ppm, em 1950, chegando a 360 ppm, em 1995. Enquanto isso, o metano aumentava suas concentrações de 700 para aproximadamente 1.720 partes por bilhão (ppb), em função de atividades agrícolas, particularmente arroz irrigado, pecuária, decomposição de lixo, mineração de carvão e uso do combustível fóssil. Dessa maneira, a temperatura média da terra vem se alterando, tendo crescido, entre 1890 e 1990, de 0,3 a 0,6ºC (McNeill, 2000).

Está colocada, então, na agenda global, a preocupação com a vulnerabilidade aos choques climáticos. Apesar de ser um problema globalizado, suas consequências têm sido diferenciadas socialmente. Os maiores efeitos dos desastres climáticos estão fortemente concentrados nos países pobres. Cerca de 262 milhões de pessoas foram anualmente afetadas entre 2000 e 2004, mais de 98% nos países em vias de desenvolvimento. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma em cada 1.500 pessoas foi afetada por um desastre climático. A proporção comparável nos países desenvolvidos é de uma para 19, um risco diferencial de 79 (Pnud, 2007/2008).

O aquecimento global pode ter consequências diretas sobre a morbidade e mortalidade, em decorrência de desastres como enchentes, ondas de calor, secas e queimadas. As flutuações climáticas sazonais produzem um efeito na dinâmica das doenças vetoriais, como, por exemplo, a maior incidência da dengue no verão e da malária na Amazônia durante o período de estiagem e seca. Os eventos extremos introduzem considerável flutuação que pode afetar a dinâmica das doenças de veiculação hídrica, como a leptospirose, as hepatites virais, as doenças diarreicas etc. Essas doenças podem se agravar com as enchentes ou secas que afetam a qualidade e o acesso à água. Também as doenças respiratórias são influenciadas por queimadas e os efeitos de inversões térmicas que concentram a poluição, impactando diretamente a qualidade do ar, principalmente nas áreas urbanas. Além disso, situações de desnutrição podem ser ocasionadas por perdas na agricultura, principalmente a de subsistência, devido às geadas, aos vendavais, às secas e às cheias abruptas (Barcellos *et al.*, 2007).

Em estudo relacionando efeitos de exposição de crianças e idosos ao material particulado decorrente de queimadas e internação hospitalar, na região amazônica brasileira, constatou-se o aumento percentual no risco de internações por doenças respiratórias entre 45% e 63% para a população estudada (Ignotti *et al.*, 2010). Anette Prüss-Üstün e Carlos

Corvalán, em estudo publicado em 2006, intitulado *Preventing Disease through Healthy Environments*, confirmam as evidências dos impactos sobre a saúde humana decorrentes do ambiente, a partir de estimativas de fatores de risco ambiental atribuíveis à carga de doença, projetados em DALY (*disability adjusted life years* – anos de vida perdidos ou incapacitados). Nele, o ambiente é considerado apenas com relação a fatores físicos, químicos e biológicos externos às pessoas, excluindo o comportamento social e cultural, genético e parte do ambiente natural (Prüss-Üstun & Corvalán, 2006).

As conclusões do estudo revelam que 24% da carga total de doenças são atribuídas a fatores de risco ambiental, assim como 23% de todas as mortes. A fração relativa aos homens é ligeiramente maior (25% para homens e 22% para mulheres), condicionada pelos riscos ocupacionais. Essas cargas também acompanham as desigualdades regionais, estando mais concentradas em países mais pobres do continente africano. Com relação à faixa etária, em crianças de 0 a 4 anos de idade, em torno de 37% de todas as causas de morte são atribuíveis a fatores de risco ambiental, estando as diarreias, a malária e as infecções respiratórias entre as principais causas.

Sobre sustentabilidade e desenvolvimento sustentável

A partir da segunda metade do século XX, a crise ambiental, decorrente do processo de desenvolvimento econômico-social, mobiliza, em várias partes do mundo, um conjunto de setores sociais, Estados nacionais e instituições internacionais, dados os riscos que tal processo impõe. Começa, então, a ser desenhado o conceito de sustentabilidade, que ganha aprofundamento no Clube de Roma, criado em 1968, e que, em 1972, lança o estudo intitulado *Limites do Crescimento*, no qual se busca investigar o que ali são consideradas as cinco grandes tendências de interesse global: o ritmo acelerado da urbanização, o rápido crescimento demográfico, a desnutrição generalizada, o esgotamento dos recursos naturais não renováveis e a deterioração ambiental. Articulando análises quantitativas das cinco variáveis, o texto constata o desequilíbrio entre os padrões de produção, o crescimento populacional e os impactos socioambientais, decorrentes da irracionalidade dos padrões de crescimento. Propõe, então, um desenvolvimento que assegure o equilíbrio global capaz de preservar os recursos naturais, manter a sustentação do capital e atender às necessidades fundamentais de toda população, que para tal deverá conter seu espiral demográfico. Desse modo, afirma-se no estudo:

> chegamos a um conjunto mínimo de exigências para se ter o estado de equilíbrio global. São elas: 1 – A fonte de capital e a população devem ser constantes em tamanho; 2 – Todas as taxas de aplicação de recursos e de produção – nascimento, mortes, investimentos e depreciação – devem ser mantidas dentro de um mínimo; e 3 – Os níveis de capital e de população e a sua proporção devem ser fixados de acordo com os valores da sociedade. (Meadows *et al.*, 1978: 171)

Embora tais teses façam uma crítica explícita ao crescimento contínuo do desenvolvimento industrial, suas análises são restritas aos aspectos quantitativos desse desenvolvimento, sem qualquer consideração a respeito dos elementos determinantes dos desequilíbrios verificados. A proposta do Clube de Roma cai, então, em uma vala ingênua, de tal modo que os autores admitem que "a imagem do equilíbrio que delineamos aqui é idealizada. Talvez seja impossível atingi-lo na forma descrita, e talvez não seja a forma que a maioria da população do globo escolha" (Meadows *et al.*, 1978: 176).

Em 1971, Nicholas Georgescu-Roegen, em publicação intitulada *The Entropy Law and the Economic Process*, destaca a importância do papel da termodinâmica para o estudo do desenvolvimento e da sustentabilidade, asseverando como o fenômeno da entropia, decorrente do processo acelerado de produção e consumo da sociedade, revela a tendência à degradação irreversível dos recursos naturais, ao seguirmos na manutenção de tais padrões de produção e consumo.

No ano seguinte, é realizada em Estocolmo, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a 1ª Conferência Mundial sobre o Homem e o Meio Ambiente, quando prosseguem os debates sobre o desenvolvimento sustentável. Nela, são destacadas as críticas ao crescimento econômico e às tecnologias a ele associadas sem, no entanto, considerar a importância da crítica social, corroborando, assim, a sustentação das desigualdades na distribuição de riquezas entre as nações e classes sociais.

Em 1973, o canadense Maurice Strong utiliza, pela primeira vez, o conceito de ecodesenvolvimento, para firmar uma alternativa à concepção desenvolvimentista. E Ignacy Sachs, em 1976, em *Environment and Styles of Development,* irá estabelecer seus pressupostos, quais sejam: 1) a satisfação das necessidades básicas; 2) a solidariedade com as gerações futuras; 3) a participação da população envolvida; 4) a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral; 5) a elaboração de um sistema social garantindo emprego, segurança social e respeito com outras culturas; 6) programas de educação (Brüseke, 1996).

Destacando a importância do conceito de ecodesenvolvimento, Roberto José Moreira, em *Críticas Ambientalistas à Revolução Verde*, enfatiza que esse conceito engloba as críticas às relações globais entre os países ricos e pobres, bem como à modernização industrial como método de desenvolvimento das regiões periféricas. Ainda, como alternativa, o ecodesenvolvimento propõe a autonomia emancipatória dos países periféricos, o que asseguraria o enfrentamento sustentável de suas questões sociopolíticas e ambientais, inerentes ao desenvolvimento. Desse modo, no conceito de ecodesenvolvimento, a sustentabilidade inclui a garantia à alimentação e à satisfação das necessidades básicas e de educação, assim como a preservação da biodiversidade e dos ecossistemas, a diminuição do consumo de energia e o desenvolvimento de tecnologias ecologicamente adaptadas, fazendo-nos reconhecer os limites postos pela dinâmica da biosfera à vida humana. Assim, os encaminhamentos políticos com vistas ao desenvolvimento sustentável deveriam envolver três dimensões: o cálculo econômico, os aspectos sociopolíticos e os aspectos biofísicos (Moreira, 2000).

Nesse contexto, a ONU cria, em 1983, a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD) que, em 1987, publica seu relatório denominado *Nosso Futuro Comum*, em que o conceito de desenvolvimento sustentável ganha destaque. Segundo sua presidente, a comissão tem a tarefa de definir "uma agenda global para mudança (...) para propor estratégias ambientais de longo prazo para obter um desenvolvimento sustentável por volta do ano 2000 e daí em diante" (CMMAD, 1988: XI). Também conhecido como Relatório Brundtland, por ter sido coordenado pela então primeira-ministra da Noruega, Gro Harlem Brundtland, o texto assevera que "a humanidade é capaz de tornar o desenvolvimento sustentável e de garantir que ele atenda às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras atenderem também às suas" (CMMAD, 1988: 9).

No escopo do conceito de desenvolvimento sustentável do Relatório Brundtland, estão a crítica à distribuição de renda desigual entre países pobres e ricos, que deve ser superada

não só em seus aspectos econômicos, mas também do ponto de vista social e de bens ambientais. Com essa abordagem, propugna pela superação dos problemas de saúde, educação, acesso à água, ar puro, disponibilidade de alimentos e participação democrática dos povos, principalmente dos países em desenvolvimento. Essas conquistas estariam, segundo o relatório, condicionadas também às mudanças nas relações internacionais, com a superação das desigualdades Norte-Sul, acentuadas pelo pagamento das dívidas externas dos países em desenvolvimento. Para que seja assegurada uma economia mundial sustentável, esse conjunto de medidas deveria ser acompanhado de difusão de tecnologias ecologicamente viáveis.

Contudo, os elementos centrais que determinam as contradições diagnosticadas estão omissos no relatório, ou seja, a dominação político-econômico-militar das grandes potências no mundo globalizado, assim como a exploração no interior de cada nação, decorrente das relações capitalistas das sociedades de mercado. A omissão é então substituída pela tentativa de pulverização das determinações, ao afirmar que: “Não é que de um lado existam vilões e de outro, vítimas. Todos estariam em melhor condição se cada um considerasse os efeitos de seus atos sobre os demais” (CMMAD, 1988: 50).

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD), conhecida também como ECO-92 ou Rio-92, consolidou o conceito de desenvolvimento sustentável, consagrando o uso do conceito defendido, em 1987, no Relatório Brundtland. Apesar da amplitude do escopo de compreensão do que seja desenvolvimento sustentável e de revelar as profundas desigualdades entre países pobres e ricos, assim como no interior das nações, tal conceito oculta a crítica ao modelo desenvolvimentista imposto pela sociedade industrial. E mais: sustenta que a superação da pobreza dos países periféricos está condicionada ao crescimento contínuo dos países industrializados desenvolvidos, reforçando, desse modo, a dependência que os países pobres têm dos países ricos.

Roberto José Moreira critica o conceito de desenvolvimento sustentável expresso no Relatório Brundtland, destacando que o documento não questiona a propriedade e a distribuição dos ativos que conformam nossas sociedades capitalistas, que são a base da concentração de rendas e da diferenciação de estilos de vida, tanto no interior das nações como entre elas. Diz o autor: “Esta postura não problematiza o jogo de forças, as divergências de interesses sociais em disputa e a dominação hegemônica a ele associada. Neste sentido, a equidade social dificilmente será alcançada e a justiça estará sempre relacionada a interesses socialmente hegemônicos” (Moreira, 2000: 47).

Os diferentes interesses políticos, econômicos, sociais e culturais impõem diversas perspectivas à questão da sustentabilidade e, portanto, tendem a formular e defender teorias e conceitos diferenciados de sustentabilidade e de desenvolvimento sustentável. Com isso, seus conceitos têm revelado ambiguidades, sendo hegemonicamente relacionados à ideia de manter, continuar, não de sustentar.

Klaus Frey assevera que, nesse contexto, apesar de a comunidade internacional se posicionar unanimemente favorável à concepção do desenvolvimento sustentável, as políticas públicas adotadas ficam muito aquém das recomendações que grande número de cientistas e ambientalistas considera indispensáveis para alcançar a estabilização do clima mundial e um desenvolvimento socioecologicamente sustentável. Também no que tange à reflexão teórico-conceitual, boa parte das teorias que visam à sustentabilidade do desenvolvimento carece de investigações que aprofundem a dimensão político-democrática, a qual certamente

representa um dos mais importantes fatores limitadores da implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável. Portanto, as políticas efetivas de desenvolvimento sustentável não podem se restringir à questão da melhor forma de gerenciamento dos recursos naturais ou ao problema de uma melhor alocação das forças de mercado. Segundo Frey (2001: 2), "o desenvolvimento sustentável é, antes de mais nada, um problema político e de exercício de poder, que coloca em pauta a questão das instituições político-administrativas, da participação e do processo político".

As distinções conceituais e suas políticas correspondentes expressam os diversos interesses sobre os direitos socioambientais e de desenvolvimento, que marcam nitidamente as desigualdades do mundo globalizado. Raquel Rigotto e Lia Giraldo da Silva Augusto (2007), discutindo as diversas concepções de desenvolvimento e o papel dos territórios, sustentam que os países 'desenvolvidos' do hemisfério Norte – pressionados pela sociedade e pelo Estado a uma reforma ecológica – estariam exportando riscos para os países 'subdesenvolvidos' ou 'emergentes' do Sul. Nessa configuração da globalização atual, os processos mais consumidores de recursos naturais, mais geradores de poluentes e que se caracterizam por formas de trabalho mais insalubres e perigosos, tendem a localizar-se nos países em desenvolvimento, conformando uma nova lógica que radicaliza e aprofunda a divisão internacional do trabalho e a distribuição socioespacial dos riscos ocupacionais e ambientais derivados da industrialização. Com isso, ampliam as possibilidades de dano à saúde da população e também ao ambiente.

As concepções que se fundamentam na noção de conciliar os diversos interesses contraditórios sustentam, na verdade, o modelo social vigente, apenas ajustando certos parâmetros desajustados. Entretanto, a noção de sustentabilidade que aqui queremos destacar deve buscar mudanças sociais profundas, não só para o desenvolvimento sustentável, mas para a criação de sociedades sustentáveis. Desse modo, além do que propõe o Relatório Brundtland, a ideia de sustentabilidade, conforme destacam Ary Carvalho de Miranda e colaboradores (2010), deve implicar a equidade econômica, social, cultural, política, geracional e ambiental como algo que busca a articulação entre todas as dimensões do desenvolvimento); a soberania (como requisito da autarquia da vida); o intercultural (como ruptura às visões unilaterais e eurocêntricas); o balanço entre passado-presente-futuro (não só como garantia e satisfação das necessidades das gerações atuais e futuras, mas como reconstrução do próprio sistema de necessidades); e, finalmente, a adaptação do desenvolvimento às condições espaciais do meio.

No escopo dessa compreensão, a dimensão ecológica se radica na necessidade de preservar e potencializar a diversidade e complexidade dos ecossistemas, sua produtividade, seus ciclos naturais e sua biodiversidade, condições estas ligadas à sobrevivência física e cultural dos seres humanos. A dimensão social está relacionada ao acesso equitativo dos serviços ambientais, tanto entre gênero como entre culturas. A dimensão econômica corresponde à exigência de recolocar a economia de acordo com as necesidades materiais e imateriais, entendidas não só como carências, mas como potencialidades e gestão sustentável dos ecossistemas. E a dimensão política se refere à participação direta das pessoas e coletividades nas tomadas de decisão, na definição de seu futuro coletivo e na gestão dos serviços ambientais, através de estruturas democráticas de governo.

Para refletir
O que é sustentabilidade e quais são as suas dimensões?

Elementos para pensar as relações entre ambiente e saúde

As questões do conhecimento e da práxis que se referem ao par saúde e ambiente podem ser examinadas na ótica das relações produção-ambiente-saúde (PAS) como uma região determinada do campo de prática da saúde coletiva que teria como finalidades: produzir conhecimentos (face da ciência), propor políticas (face do poder) e planejar e executar intervenções (face da técnica), tendo como objeto o processo saúde-doença nas coletividades humanas.

A práxis decorrente desse campo de relações produção-ambiente-saúde admite objetos determinados e específicos de conhecimento e ação, dependendo da ênfase que se assuma para cada par relacional de elementos que compõem o campo. Assim, teríamos três relações básicas: 1) produção/trabalho-saúde, que se refere à saúde dos trabalhadores; 2) produção/consumo-saúde, que se refere à saúde do consumidor; 3) ambiente-saúde, que se refere à saúde ambiental. Constituem-se, então, três áreas com contornos definidos, porém intrinsecamente conectadas na composição disciplinar, profissional e institucional.

Admite-se que essa abordagem implique uma proposta de renovação/inovação do campo da saúde rumo a uma maior compreensão e controle de processos envolvidos com o par saúde-doença, em termos coletivos. Portanto, essas relações, cujos limites ainda se apresentam em construção e cuja definição teórico-metodológica é elaborada em termos multi/inter/transdisciplinares, ocupam espaço estratégico, renovando e recriando áreas técnicas e científicas. Além disso, sustentam a não separação de indivíduo/coletividade, assim como a presença das ideologias como elementos de tomadas de posição (Tambellini, 1996a, 1996b).

Algumas tarefas urgentes decorrem da missão do campo explicitado, quais sejam: repensar os conceitos e definições da saúde e da doença, tendo em vista os determinantes ambientais e da produção; reelaborar criticamente os pressupostos teóricos que pretendem explicar os processos, elementos, relações e mecanismos, bem como os fatos, eventos e acontecimentos que compõem a questão da saúde; criar e adaptar metodologias e técnicas adequadas para abordar, analisar e intervir no campo das relações 'produção, ambiente e saúde'; avaliar o uso e a aplicação dos conhecimentos e saberes produzidos e/ou apropriados pelas coletividades organizadas nas escalas institucionais (multissetoriais) e no campo das políticas públicas; elaborar propostas de mecanismos de controle e prevenção de doenças e agravos relacionados com a produção e o ambiente, bem como contribuir para a promoção da saúde e da segurança das comunidades (Tambellini & Câmara, 1998).

Estabelecendo-se como opção à construção do campo ambiente-saúde, procuraremos definir um modelo para pensar a saúde ambiental. Uma vez que nosso objeto se constitui no processo de saúde e doenças nas coletividades relacionado ao ambiente, alguns elementos se tornam imprescindíveis para que possamos entender a saúde e a doença como manifestações da dualidade vida e morte, inscritas no curso da vida humana. Nesse sentido, teremos de pensar o curso da matéria em sua articulação com o universo orgânico e inorgânico, atravessada por um fluxo de energia que obedece, por um lado, à lógica da natureza (ecossistema) e, por outro, ao curso da história, em suas dimensões econômicas, políticas, sociais e antropológicas, atravessadas por um fluxo de relações que obedece à lógica da sociedade. Essas duas lógicas se interpenetram por dois elementos híbridos, que nomearemos aqui como cultura e técnica. O curso da vida humana, então, pode ser pensado integradamente nas dimensões bioecológica, psicológica e sociotécnica (Tambellini, 2004).

Ecossistema

Nos ecossistemas, se estabelece um complexo sistema estabilizado de relações mútuas entre populações, com transferência de matéria e energia entre fatores abióticos e os seres vivos localizados em um mesmo território. Os fatores abióticos são os elementos físicos e químicos do ambiente: luz, calor, pH, pressão da água e do ar, salinidade, intensidade da luz solar, dentre outros. A seguir, apresentamos a representação gráfica do ecossistema (Figura 1) e de seus fluxos (Figura 2).

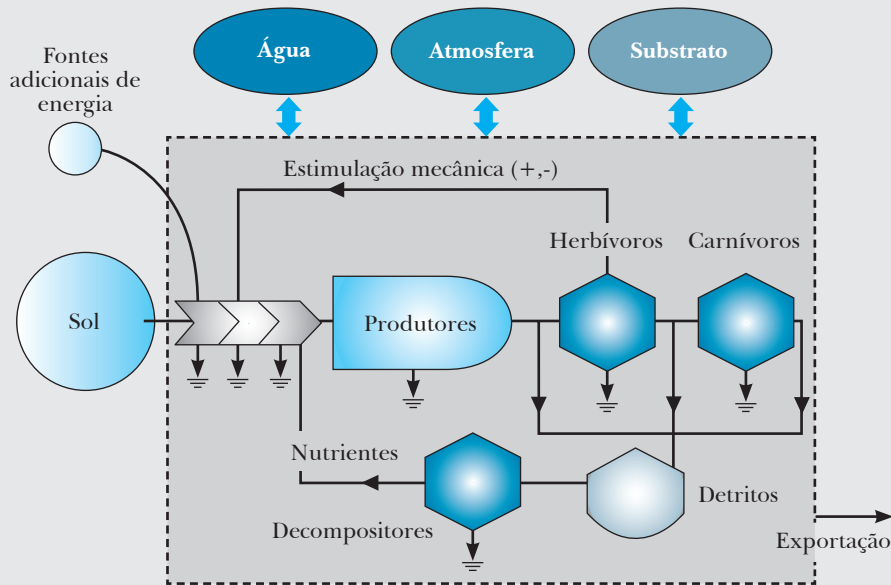
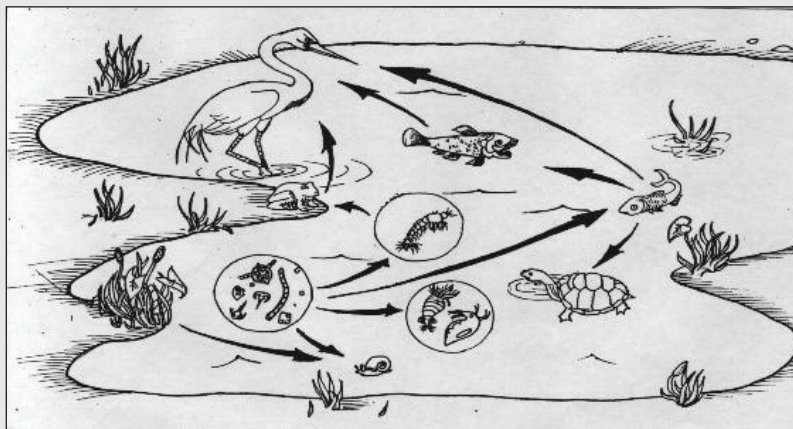
Figura 1 – Representação esquemática do ecossistema

Fonte: IB/USP, 2011.

Figura 2 – Fluxos da teia alimentar no ecossistema

Fonte: Disponível em: <http://educar.sc.usp.br/ciencias/ecologia/cadeia.html>.

Do ponto de vista conceitual, compreendemos a saúde não só como ausência de doença e/ou ausência do estado de bem-estar biopsicossocial, mas também como o gozo de uma vida digna e prazerosa, em que seja possível a realização das potencialidades humanas. A doença

seria, então, uma alteração quantitativa e qualitativa das situações compatíveis com a saúde, que se manifesta como resultado da agressão de um elemento externo ou como decorrente de um desequilíbrio interno do organismo humano. Tanto a saúde quanto a doença possuem duas dimensões: a dimensão da ciência, que estabelece relações entre elementos e mecanismos sociais, físicos e psíquicos, para explicá-la, e a dimensão da experiência de vida, que é concreta, singular e irrepetível, ou seja, a experiência do sujeito doente.

Quando falamos de ecossistema, importa reconhecer que a primeira definição desse termo foi formulada por Arthur Tansley, em 1935, referindo-se a um conjunto de organismos vivos e inertes que ocupam um mesmo lugar. No entanto, para que seja considerado um ecossistema, é necessário que haja, em um determinado espaço, organismos vivos interagindo com seu ambiente físico. Desse modo, em 1978, a Joint Comission of Scientists of Great Lakes o conceituou como um conjunto de ar, água, solo e organismos vivos, interagindo em determinado espaço. A estrutura e o funcionamento dos ecossistemas do mundo têm sido rapidamente modificados, principalmente a partir da segunda metade do século XX, devido à velocidade de crescimento populacional associada aos padrões de produção e consumo. Tais alterações, justificadas como essenciais para satisfazer as necessidades crescentes de alimento e água, têm ocorrido a um custo crescente na forma de degradação de diversos serviços dos ecossistemas.

Do ponto de vista teórico, identificamos três conceitos de ambiente que orientam três modelos e possibilidades da compreensão da relação ambiente e saúde (Tambellini, 2004):

1) O ambiente como exterioridade ao homem

O ambiente estabelece com o homem uma relação agressor-agredido. É um modelo epidemiológico clássico, usado tradicionalmente para as doenças infectoparasitárias, e que se difundiu e foi utilizado para outros tipos de doenças e eventos, inclusive para os casos de acidentes de trânsito por veículo automotor. Concebe um agente (espécie biológica) patogênico que, ao se relacionar com o hospedeiro (um ser humano suscetível) em um ambiente dado e em determinadas condições, tem como consequência o desenvolvimento da doença no hospedeiro. Nesse caso, o ambiente é percebido como condições físicas, químicas, biológicas e sociais individualizadas. O ambiente, tido como natural, é explicado do ponto de vista estritamente biológico, desaparecendo as relações mútuas características das dinâmicas dos biomas (populações de seres vivos interagindo entre si e com o ambiente). A explicação da produção da doença é linear e é compreendida por relação de causa (agente) e efeito (doença no homem suscetível), mediada por condições ambientais. Esse modelo tem sido adotado não só pelos pesquisadores da área de epidemiologia, mas também pelos formuladores dos programas de saúde e seus executores.

Apesar das críticas ao seu caráter reducionista e simplificador, esse modelo foi importante na luta contra a doença, principalmente na prevenção dos agravos transmissíveis. Ao identificar o agente etiológico de determinadas doenças, permitiu o desenvolvimento de vacinas, medicamentos e produtos químicos, utilizados para controle de vetores no combate a endemias e epidemias. No entanto, ao não considerar as possibilidades de transformação tanto do agente como dos hospedeiros, o uso indiscriminado de alguns desses insumos, como é o caso dos antibióticos e produtos utilizados para controle

de vetores, em várias situações, resultou em resistência dos agentes e manutenção da doença por perda de suas eficácias.

2) O AMBIENTE COMO SISTEMA ECOLÓGICO

Na concepção da ecologia clássica, este modelo é considerado um sistema complexo, organizado hierarquicamente (determinado pelo fluxo alimentar) e composto por elementos bióticos (seres vivos) e abióticos (elementos físicos e químicos) em relações recíprocas, dada uma fonte de energia (solar) que o percorre através de fluxos. São elementos importantes desses complexos os nichos (alimentares), que são ocupados hierarquicamente por diferentes espécies, onde ocorre a transformação energética do sistema (Figuras 1 e 2). Nesse modelo, que obedece a uma lógica da natureza, o homem, na sua condição de espécie animal, ocupa o topo da escala hierárquica referida, tendo capacidade de se adaptar a diferentes biomas e condições climáticas. Do ponto de vista científico, a compreensão do modelo é interdisciplinar, envolvendo as ciências da natureza, principalmente a biologia.

Esse modelo adota a teoria da nidalidade (refere-se à centralidade do nicho ecológico, ou seja, lugar que a espécie ocupa na cadeia alimentar do ecossistema, na relação entre saúde humana e o ambiente ecológico) de Pavlovsky (1939), no qual a doença seria resultado da penetração do homem em nichos ecológicos de espécies animais capazes de produzir doenças, e seu mecanismo de produção (da doença) seria decorrente da falência adaptativa do organismo humano a essas espécies (parasitismo). Amplia, ainda, a compreensão do ambiente como sistema e permite um entendimento de maior profundidade da relação ambiente-saúde. Nesse contexto, importa considerar que o modelo permite compreender que a intervenção antrópica nos ecossistemas naturais nem sempre condiciona uma situação de melhores condições de saúde para o ser humano.

Do ponto de vista das atividades do sistema de saúde, o modelo não propugna a abolição dos ganhos proporcionados pelo conhecimento oriundo do modelo anterior, no que se refere ao tratamento da doença, nem da prevenção. Porém, amplia as possibilidades de prevenção da doença e promoção da saúde, na medida em que ressalta a necessidade do estudo prévio do ecossistema e das biotas, quando da entrada de elementos sociotécnicos em ecossistemas pouco manipulados pela sociedade humana, como é o caso da expansão de fronteiras agrícolas por atividades econômicas e a construção de grandes empreendimentos, como as hidrelétricas. Ademais, torna importante a vigilância à saúde dos trabalhadores nesses empreendimentos, para identificar possíveis exposições potencialmente geradoras de doenças que exigem monitoramento sistemático dos expostos para além de seu tempo laborativo. Esse cuidado deve ser considerado também em relação às exposições às substâncias químicas e aos agentes físicos constituintes do ecossistema, que são liberados durante os processos de trabalho inerentes a essas intervenções.

3) O AMBIENTE COMO SISTEMA SOCIOECOLÓGICO

O sistema socioecológico também mantém a organização hierárquica do anterior, no entanto, incorpora os componentes sociais das coletividades humanas. Sua compreensão pela ciência se faz pela multi-intertransdisciplinaridade, dada a alta complexidade dos objetos estudados e o grau de incerteza de seus processos de determinação. Nesse

modelo, o homem é considerado um animal sociopolítico, que tem a capacidade de transformar, a seu favor, a natureza e os sistemas ecológicos, utilizando, para tal, técnicas de produção. Portanto, teremos uma intervenção antrópica no ecossistema que caracteriza a desnaturalização do ambiente/meio, o que exige a reelaboração do conceito de ambiente, conforme tradicionalmente elaborado pela ecologia. É exatamente essa intervenção que transforma o ecossistema em sistema socioecológico. Assim, a reelaboração conceitual nos impõe a reconstrução do entendimento sobre o sistema ecológico, que passa a se constituir como questão socioecológica. Tal sistema se caracteriza por estar, simultaneamente, ligado a duas lógicas: a lógica da natureza e a da sociedade.

Do ponto de vista da relação com a saúde, esse modelo se constitui em um sistema complexo, que denominamos modelo 'eco-sócio-sanitário'. A produção de situações de risco se amplia e se diferencia das situações concebidas nos modelos anteriores, que se adequavam às relações entre as espécies vivas presentes no ecossistema. A cada nível do fluxo de energia/cadeia alimentar (nicho), se constroem possibilidades de riscos e exposições potencialmente danosas à saúde humana, devido às intervenções tecnológicas. Tais riscos tecnológicos, oriundos dos processos que operacionalizam os interesses econômicos, sociais e políticos, inerentes à lógica da acumulação de riquezas, ampliam a compreensão das consequências à saúde humana na relação entre a saúde e o meio ambiente, tornando imperativa a incorporação de categorias da produção na compreensão holística do modelo.

Para exemplificar como esses modelos são relacionados às práticas de intervenção das vigilâncias em saúde, destacamos duas doenças infectoparasitárias emergentes e reemergentes, nas quais o surgimento de surtos e/ou o simples aumento do número de casos estão relacionados de forma diferenciada, devido às transformações do sistema ecológico e socioecológico que correspondem, respectivamente, ao segundo e ao terceiro modelos descritos anteriormente. No caso da malária, doença transmitida pelo mosquito do gênero *anopheles*, que veicula o agente patogênico do gênero *plasmodium* (Rey, 2010), no primeiro modelo são considerados os mecanismos de emergência da doença próximos ao processo de exposição, quais sejam: invasão de nichos e expansão do vetor. No segundo modelo, podemos identificar a força motriz da emergência da doença, com o desflorestamento e os projetos hídricos.

No caso da dengue, doença transmitida pelo mosquito do gênero *culex*, que veicula o agente patógeno do tipo arbovírus (Rey, 2010), o mecanismo de emergência é a expansão do vetor, cujas forças motrizes (da emergência) são a urbanização, as condições precárias de moradia e o aquecimento global. Pedro Vasconcelos e colaboradores (2001), em revisão sistemática de estudos feitos no período de 1954 a 1988, identificaram 187 diferentes espécies de arbovírus, além de outros vírus de vertebrados sobre os quais ainda pouco se sabe, demonstrando que o impacto das mudanças populacionais de vetores e hospedeiros sobre os diversos vírus identificados foram induzidas por profundas alterações do meio ambiente. Os autores reputam que as intervenções humanas na Amazônia brasileira, tais como o desmatamento, o uso do subsolo, a construção de represas e rodovias, a colonização humana e a urbanização, são responsáveis por essas transformações, devido a processos de intervenções sociais inadequadas nos ecossistemas naturais.

Métodos da ciência para a abordagem da relação ambiente e saúde

As metodologias para estudos e ações que dizem respeito à relação da saúde com o ambiente, tomado em sua globalidade ou restrito a um dado ambiente em particular, são necessariamente mais diversas e complexas do que nas outras áreas da saúde coletiva. A diversidade do conceito de ambiente amplia o número de questões de interesse, que exigem diferentes formas de abordagem metodológica (Câmara & Tambellini, 2003).

Para a pesquisa em saúde ambiental, existe um campo em aberto e ainda bastante inexplorado. Nesse contexto, é importante destacar o papel dos poluentes químicos ambientais como causadores de doenças, devido ao elevado número de substâncias químicas utilizadas nas diversas atividades econômicas responsáveis por problemas de saúde que atingem os trabalhadores e a população em geral.

A concepção ampliada de ambiente admite uma gama elevada de objetos de pesquisa, entre eles aqueles relacionados ao ambiente físico e social, tais como: as alterações terrestres e do ecossistema aquático; as mudanças do clima do planeta, que interferem na frequência e na gravidade de doenças, particularmente as de origem infecciosa; as desigualdades na distribuição da renda e, como consequência, a pobreza de parcelas significativas da população, causadas por processos não sustentáveis de desenvolvimento econômico e social dos países, e as alterações no perfil de morbimortalidade por fornecimento de água de consumo e saneamento ambiental de má qualidade. Isso significa que, no plano das explicações das doenças na coletividade (estrutura e dinâmica dos agravos, perfis, distribuição e gravidade das doenças) e ampliando as explicações ao domínio dos conceitos de qualidade de vida e saúde, torna-se imprescindível o aporte da 'categoria ambiente' em suas múltiplas dimensões, para a compreensão integralizada desses problemas. Esse pensamento se aplica também ao desenvolvimento de ações e intervenções de caráter preventivo.

A diversidade de objetos no campo da pesquisa em saúde ambiental – qualquer que seja a ótica ou o tipo de método de abordagem utilizado, ou seja, a epidemiologia, a antropologia, a toxicologia, por exemplo – exige uma grande complexidade metodológica. Mais do que nos outros campos da saúde coletiva, a produção de conhecimento e sua utilização em ações de vigilância em saúde ambiental requerem como principal estratégia um trabalho integrado que contemple, além da participação da comunidade, a articulação de disciplinas e instituições de diversos setores.

Dentre o variado espectro metodológico adequado aos estudos que têm como objeto a relação saúde-ambiente, vamos destacar três possibilidades complexas e bastante diferenciadas em suas concepções, seja sobre o processo de produção de conhecimento ou sobre o objeto de estudo, a partir do elemento nuclear principal que as organiza. A primeira alternativa utiliza o método epidemiológico como orientador; a segunda faz uso do elemento ambiental em sua concepção como sistema, construindo uma abordagem ecossistêmica em saúde; e a terceira, que se revela uma abordagem inovadora, tem como elemento orientador a concepção de uma ciência emancipatória.

A metodologia epidemiológica é utilizada em saúde ambiental especificamente para descrever, analisar ou interferir na relação entre a exposição a poluentes ambientais e a ocorrência de efeitos adversos para a saúde das populações, quantificando, na medida do possível, todos os elementos em jogo e suas relações. Da mesma forma que nos outros campos

de conhecimento e atuação da saúde coletiva, descreve a ocorrência dos efeitos adversos para a saúde, analisa a associação ou relação de causalidade entre exposição a fatores do ambiente e índices de morbidade e mortalidade, buscando contribuir para intervenções e com o intuito de mitigar ou prevenir esses efeitos adversos. O que difere marcadamente o seu uso em saúde ambiental é sua abordagem em casos de poluição de origem química, em que se impõe o uso da toxicologia. No entanto, até o momento, os conhecimentos toxicológicos disponíveis não são suficientes para definir métodos e técnicas específicos e adequados para avaliar, em todos os casos, a exposição e os efeitos à saúde produzidos por elementos do ambiente socioecológico. Mesmo quando o conhecimento toxicológico existe, há necessidade de procedimentos técnicos para monitoramentos ambiental e biológico, que normalmente não fazem parte da rotina das equipes interessadas. Ademais, deve-se ter clara a necessidade de se lançar mão de metodologias e tecnologias de alta complexidade, como veremos a seguir.

Os estudos de avaliação dos efeitos adversos à saúde decorrentes do ambiente, realizados a partir da concepção epidemiológica, são compostos de investigação sobre o ecossistema, sobre a situação dos poluentes no ambiente e sobre as características da exposição das populações a elas submetidas. Nesse sentido, assume prioridade o estudo de populações de crianças e idosos, por se constituírem em grupos com maior grau de suscetibilidade e menor resistência, no que diz respeito aos agravos decorrentes dessas exposições. Também a população de mulheres em idade fértil merece especial cuidado, pela possibilidade de transferência de substâncias tóxicas ao feto, por via placentária.

Com relação ao ambiente, esses estudos preconizam que se devam enfocar as características sociais ao lado de condições físicas e químicas, tais como meteorológicas, topográficas, hidrográficas e geológicas, sem perder de vista a grande cinética dos poluentes entre os diversos compartimentos ambientais (ar, água e solo), ou seja, necessitam das ciências da natureza e das sociais em sua realização.

A toxicologia é um campo de conhecimento importante na identificação das fontes de poluentes, e as informações dela provenientes são indispensáveis para o seu monitoramento (concentração, poder de volatilização, padrão de ocorrência, cinética ambiental, biodegradabilidade, persistência ambiental etc.). Por um lado, essa disciplina nos permite compreender, pela toxicocinética, a maneira como os poluentes penetram no organismo humano, se transformam e são eliminados. Por outro lado, pela toxicodinâmica, possibilita conhecer a fisiopatologia que afetará diversos órgãos e sistemas do organismo humano, assim como provocará alterações imunológicas, lesões cancerígenas, mutagênicas (um dano na molécula de DNA, capaz de passar às gerações seguintes) e teratogênicas (alterações orgânicas estruturais ou funcionais congênitas), além de distúrbios do crescimento.

Atualmente, há um grande desenvolvimento de pesquisas para identificação de indicadores ambientais, biológicos e clínicos que, *grosso modo*, podem ser classificados como indicadores de exposição, que revelam a existência de exposição prévia ao surgimento da doença, e indicadores de efeito, que revelam a instalação da doença no organismo humano. A outra alternativa metodológica está relacionada às abordagens ecossistêmicas em saúde, em que a definição de ecossistema, tal qual assumida pela Joint Comission of Scientists of Great Lakes, supõe uma arbitrariedade no limite do espaço, do universo dos seres vivos e dos elementos abióticos que o habitam, uma vez que determinado espaço está sempre contido

em sistemas maiores. Desse modo, a noção de ecossistema, nessas abordagens, é concebida não como entidade biológica, mas como uma unidade analítica (Minayo, 2002).

Em *Enfoques Ecossistêmicos em Saúde*, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 2009) apresenta tais abordagens. Denominadas de 'enfoques ecossistêmicos', contêm duas grandes vertentes: abordagem da saúde de ecossistemas (ASE) e abordagem ecossistêmica em saúde (AES). A ASE procura identificar sinais e sintomas de como as mudanças nos ecossistemas podem afetar a saúde dos mesmos e, por conseguinte, gerar potencial para afetar a saúde humana, privilegiando a construção de informações científicas que subsidiem a tomada de decisão. Esse componente metodológico busca integrar ciências naturais, sociais e da saúde, utilizando como recurso a metáfora do ecossistema como um paciente, que implica diagnosticar as disfunções do sistema e oferecer opções para mudanças de estado desses ecossistemas modificados. Assim, procura superar os limites das abordagens econômicas, centradas na lógica do mercado, das abordagens ecológicas, cuja tendência é não considerar as atividades econômicas, e das abordagens das engenharias, focadas em soluções pontuais.

A integração proposta nessa metodologia considera quatro estratégias de análise: a 'dimensão biofísica', que investiga fatores relacionados aos ciclos dos nutrientes, fluxos de energias, dominância das espécies biológicas, ciclos de substâncias tóxicas e a diversidade do hábitat; a 'dimensão socioeconômica', que trata os aspectos econômicos e sociais de forma conjunta; a 'dimensão saúde humana', que procura o nexo causal entre doenças e o desequilíbrio do estado de saúde dos ecossistemas; e, por fim, a 'dimensão espaço-temporal', que considera as respostas dos ecossistemas às cargas a eles impostas.

A AES valoriza fortemente o enfoque contextualizado e participativo, que permite identificar como as mudanças nos ecossistemas de determinados lugares (aldeias, vilarejos, pequenas cidades, por exemplo) afetam a saúde das comunidades locais. Privilegia a construção coletiva de informações, de modo que os atores locais possam participar de modo mais qualificado das demandas ou mesmo das tomadas de decisões, destacando, desse modo, os princípios da participação social como elemento central da metodologia. Baseia-se nos processos de aprendizagem social e colaborativa entre especialistas e atores sociais e define, em sua implementação, quatro etapas articuladas, quais sejam:

1) Definição da situação/problema, envolvendo a participação da comunidade local, buscando identificar a situação do sistema socioecológico estudado;

2) Análise dos atores sociais envolvidos, evidenciando as diferentes versões da realidade e a pluralidade de perspectivas;

3) Desenvolvimento de uma compreensão sistêmica das descrições e narrativas do sistema socioecológico em estudo, no sentido de compreender como as diversas narrativas interagem com cada uma, para criar o que será reconhecido como sistema;

4) Cumpridas as etapas anteriores, a quarta consistirá em trabalhar com os diferentes atores relacionados ao ecossistema, na busca de caminhos que permitam negociar elementos que se intercambiam, projetar abordagem adaptativa para implementar um aprendizado colaborativo, implementar mudanças e monitorar e avaliar as mudanças (Opas, 2009).

É importante observar, no entanto, as dificuldades e os limites das abordagens ecossistêmicas. Carlos Machado de Freitas e colaboradores (2007) ressaltam algumas diferenças entre elas, destacando que a ASE é eficiente no aspecto comunicacional ao utilizar a metáfora do ecossistema como um paciente. Permite sensibilizar grande parte do público sobre as inter-relações entre saúde e ambiente. Entretanto, essa mesma metáfora tende a aprisionar a compreensão da saúde aos aspectos predominantemente biomédicos. Além do mais, embora nesse enfoque a ASE se preocupe em definir quatro dimensões, entre elas a socioeconômica, não demonstra de forma clara como trabalhá-las de maneira integrada, mantendo ainda a dicotomia sociedade-natureza. Em contrapartida, a AES possui maior capacidade de influência nas mudanças das políticas públicas e institucionais, fundamentalmente pela centralidade que a participação social tem em seu escopo.

A terceira possibilidade metodológica que destacamos se identifica com as propostas científicas que têm por base a construção de um conhecimento/saber solidário que leva em conta os desafios epistemológicos e metodológicos contemporâneos. Sua maior contribuição se dá na possibilidade da construção de um paradigma científico emergente, construído a partir de uma elaboração coletiva, que anuncia uma ciência emancipatória (Rigotto *et al.*, 2011). É um método elaborado para estudos de casos locais, dado que propõe um estudo e uma vivência intensivos dos territórios a serem pesquisados e procura responder a alguns desafios da produção de conhecimentos, tais como a pesquisa interdisciplinar e participada.

O método é constituído pelos seguintes elementos:

1) A discussão teórica crítica sobre a ciência e o modelo de produção de conhecimento dominante baseada na epistemologia contemporânea, para que permita a adoção de um novo modelo científico;

2) A interdisciplinaridade para pensar um objeto multidimensional que incorpore a perspectiva dos movimentos sociais;

3) A pluralidade metodológica construída pela comunidade de trabalho de pesquisa (pesquisadores), em que se tem como imprescindível a competência disciplinar, além das disponibilidades para o diálogo intertransdisciplinar, como também para criar espaços comuns com a comunidade;

4) A construção da integração entre conhecimento científico e saber popular que permita a elaboração coletiva a partir de "encontros com o real", no dizer dos próprios autores, ou seja, pela elaboração crítica e solidária com a comunidade das vivências que o projeto impõe.

Desse modo, as teorias que fundam a compreensão maior dos elementos articulados que irão compor o objeto de estudo em construção vão sendo revisitadas e o desenho metodológico começa a ser moldado 'nas aproximações sucessivas do território e seus sujeitos em disputa', em que os movimentos sociais participantes constroem as 'pontes' com as comunidades e entidades locais. Nesse processo, são criados instrumentos relacionais estratégicos, a fim de permitir a comunicação de progressos, dúvidas e resultados de trabalho com os sujeitos locais, na forma de debates articulados, assim como pela convivência solidária em casos de conflitos, em momentos de violência. Em outros termos, além do rigor teórico-metodológico,

essa proposta dá vida a uma concepção de produção de conhecimento científico, cujo compromisso ético e político se dá com o intuito da emancipação e da transformação social, em benefício dos mais vulneráveis (Rigotto *et al.*, 2011).

Em geral, as diversas alternativas metodológicas apresentadas permitem a adoção de técnicas de georreferenciamento, utilizando bases de dados sobre contaminantes ambientais, características físico-químicas do ambiente e características socioeconômicas das populações e dos lugares, referindo-as às unidades espaciais, o que propicia a análise da distribuição geográfica dessas informações. O espaço, nesse caso, deve ser entendido como o lugar não só de características geográficas, mas como o território onde se manifestam as diversas expressões da vida humana, ou seja, suas relações econômicas, sociais, políticas e culturais (Brasil, 2007a, 2007b).

Para refletir
Como a ciência pode contribuir para a elaboração das políticas e implantação das atividades de vigilância em saúde ambiental?

Relações entre a saúde e o ambiente no SUS: a vigilância em saúde ambiental

A proposta oficial, no final da década de 1990, no Brasil, de criar um sistema de vigilância que trate das relações entre a saúde e o ambiente no interior do setor saúde denota o propósito do Estado brasileiro de incluir, entre as atribuições do SUS, o cuidado privilegiado em termos da promoção, da prevenção e do controle dos processos envolvidos na relação homem-ambiente que possam levar a consequências negativas para a saúde. Sinaliza também a intenção de identificar e tratar essas próprias consequências em termos de agravos e doenças das populações que tenham estado ou estejam submetidas a exposições ambientais resultantes dos vários processos, em que se destacam aqueles de ordem natural, social ou os decorrentes da articulação de ambas.

Embora já existissem, naquela época, no sistema de saúde, ações relacionadas à saúde ambiental, elas estavam circunscritas às atividades de saneamento básico que tratavam da relação da saúde com o provimento de água potável e o esgotamento sanitário, através, fundamentalmente, das chamadas “práticas sanitárias”, ou seja, obras de saneamento (Barcellos & Quitério, 2006). No entanto, essas ações não se traduziram em melhora das condições de saúde para a população de forma equânime, dadas as desigualdades socioeconômicas na sociedade brasileira. Além disso, a adoção de uma visão parcial da influência do ambiente sobre a saúde não tornava possível o reconhecimento, pelos programas existentes, da dimensão socioambiental das questões envolvidas na relação saúde-ambiente. Assim, não se objetivava uma concreta articulação e interação dessa modalidade de serviço com outras que tratassem de problemas específicos decorrentes da integralidade dos sistemas socioecológicos.

Em 1981 foi promulgada a lei n. 6.938, que dispõe sobre a Política Nacional de Meio Ambiente. No âmbito dessa lei, o meio ambiente é definido como um conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as formas e cria o Sistema Nacional de Meio Ambiente, uma tentativa

de integrar organismos federais, estaduais e municipais relacionados à questão ambiental (Brasil, 1981).

Do ponto de vista do meio ambiente, a nova Constituição brasileira de 1988 incorpora elementos da lei n. 6.938/81 e amplia substantivamente o olhar conceitual sobre o meio ambiente ao incluir, além da dimensão natural, os componentes cultural, artificial (técnica), patrimônio genético e trabalho. Além desses elementos, assume como prerrogativa no direito ambiental que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e sadio (Brasil, 1981).

O processo de democratização vivido pela sociedade brasileira, nessa década, tem no movimento da saúde coletiva um forte componente. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve expressiva representação do conjunto da sociedade civil organizada, elabora os princípios e as diretrizes que irão orientar, dois anos depois, o capítulo da saúde na Constituição brasileira.

A década de 1990 tem início, do ponto de vista dos avanços políticos e institucionais da questão das relações ambiente-saúde, com a promulgação da lei n. 8.080, de dezembro de 1990, que dispõe sobre o SUS. Em seu artigo 6º, estão incluídas "a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho e a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano" (Brasil, 2011). Já em seu artigo 16, a lei estabelece como uma das competências da direção nacional do SUS a participação na "formulação e na implementação das políticas de saneamento básico" e a participação na "definição e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana" (Brasil, 2011).

Dois anos depois, com a realização da ECO-92, no Rio de Janeiro, a questão das relações ambiente-saúde ganha maior visibilidade nacional e internacional, ao definir compromissos e a adoção de um conjunto de políticas de meio ambiente e de saúde, no desenvolvimento sustentável (Cnumad, 2011).

Nesse contexto, foi realizada em 1995, em Washington, Estados Unidos, a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (Copasad), em que o decisivo envolvimento político do país, como sustentam Rohlfs e colaboradores (2011), resultou na introdução do conceito de desenvolvimento sustentável na saúde pública brasileira, contribuindo para que novos arranjos institucionais fossem estabelecidos, a fim de que a saúde fizesse frente aos desafios apresentados pela crise ambiental global.

Como produto da Copasad, o Brasil elaborou o Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, que apresenta um amplo diagnóstico dos principais problemas de saúde e ambiente do país, resultando na apresentação de diretrizes programáticas, de curto e médio prazos, visando a torná-lo referência para as futuras ações de planejamento em saúde e meio ambiente.

Subsistema de vigilância em saúde ambiental

Nesse cenário, com a perspectiva de combater os problemas de saúde resultantes dos impactos ambientais, no final da década de 1990, começa a se estruturar a vigilância em saúde ambiental no Brasil, e em maio de 2000 é instituído o decreto n. 3.450, que aprova

o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (Brasil, 2000). Em 2001, foi definida pela Funasa a vigilância ambiental em saúde como sendo "um conjunto de ações que proporciona conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e a outros agravos à saúde, em sua relação com o ambiente" (Brasil, 2001). As competências para tal são atribuídas ao Ministério da Saúde pela lei n. 10.683/2003, de 29 de maio de 2003, a quem cabe a "saúde ambiental e as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde individual e coletiva" (Brasil, 2003a). De acordo com o decreto n. 4.726/2003, de 9 de junho de 2003, o Subsistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde se estrutura sob a competência da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a quem cabe coordenar sua gestão, incluindo o ambiente de trabalho (Brasil, 2003b).

A instrução normativa SVS/MS n. 1, de março de 2005, criou o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA), que compreende ações e serviços públicos e privados com o objetivo de conhecer, detectar e prevenir fatores condicionantes e riscos à saúde, com intenção de adotar medidas de promoção, prevenção e controle, focando, principalmente, nos fatores não biológicos do meio ambiente associados a riscos à saúde humana. Foram estabelecidas as áreas de atuação do SINVSA: água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e substâncias químicas, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho. Além disso, incluíram-se os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos decorrentes da exposição humana a agrotóxicos, benzeno, chumbo, amianto e mercúrio. O documento estabelece, também, a descentralização das ações e da gestão atribuindo competências nas três esferas do governo (Brasil, 2005). Cabe ao nível federal exclusivamente:

- formular políticas para a área, elaborar normas e procedimentos de vigilância em saúde ambiental nos pontos de entrada do território nacional, compreendendo ações sobre as pessoas, os meios de transporte e outras ações ambientais de interesse para a saúde;
- credenciar centros de referência em vigilância em saúde ambiental, em níveis estadual e municipal;
- definir, normalizar, coordenar e implementar sistemas de informação relativos à vigilância em saúde ambiental;
- definir indicadores nacionais para o monitoramento dos contaminantes ambientais de interesse para a saúde;
- promover a cooperação técnica internacional, no que se refere à saúde ambiental;
- estabelecer padrões de caracterização nociva ao ar, à água e ao solo;
- estabelecer normas, critérios e limites de exposição humana aos agentes químicos e físicos;
- realizar ações de avaliação de impactos e riscos, no que se refere às situações de emprego de novas tecnologias, assim como realizar a vigilância de doenças e agravos produzidos por agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo;

- coordenar e supervisionar as ações de vigilância executadas pelos três níveis, em todo o território nacional;
- executar, excepcionalmente, ações complementares aos estados, quando os riscos superarem a capacidade estadual ou houver risco de disseminação nacional;
- assessorar tecnicamente os estados e, excepcionalmente, os municípios, sobre as questões relacionadas à vigilância ambiental;
- desenvolver estratégias para implantação da vigilância em saúde ambiental, em nível de atenção primária, de forma articulada entre estados, municípios, Distrito Federal e sociedade civil organizada.

Há, entretanto, atividades e iniciativas que são partilhadas pelos três níveis de governo, tais como: promover, coordenar e executar pesquisa; analisar e divulgar informações epidemiológicas; realizar comunicação de riscos à exposição ambiental nocivos à saúde; fomentar e executar o desenvolvimento de programas de recursos humanos; participar do financiamento das atividades em seu âmbito de ação.

Com relação ao nível estadual, suas atribuições se referem a coordenar o monitoramento dos fatores não biológicos; propor normas para ações e mecanismos de controle referentes às outras instituições interessadas; executar ações complementares às atividades municipais; coordenar e normalizar a rede estadual de laboratórios de vigilância em saúde ambiental; gerenciar o sistema de informação em vigilância em saúde ambiental, consolidando, analisando e enviando dados ao nível federal, assim como coordenar as ações de vigilância ambiental desenvolvidas pelos municípios, em seu âmbito.

Aos municípios cabe a realização da gestão e execução das ações de vigilância em seus níveis, coordenando todas as atividades existentes do sistema em seu âmbito territorial, além da realização especificamente da coleta de dados que interessem ao sistema. Ao Distrito Federal compete a coordenação e execução das ações de vigilância em saúde ambiental, que são prescritas aos estados e municípios.

Cabe destacar que, no Brasil, o Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental está estruturado nos moldes de programas de intervenção que se organizam segundo compartimentos ambientais (ar, água, solo), agentes patogênicos (químicos e físicos) e acontecimentos/eventos (desastres e acidentes de origem natural, antrópicos e tecnológicos). Sua proposta geral é a de identificar os processos de produção de doenças e agravos à saúde relacionados ao ambiente, reconhecido em sua dimensão socioecológica. Não privilegia, portanto, a simples identificação dos elementos biológicos desses processos, como agentes, vetores ou hospedeiros, e a verificação dos nexos causais, mas procura redimensionar os elementos do processo saúde-doença em suas determinações.

A vigilância em saúde ambiental é, dessa forma, um dos componentes da vigilância em saúde definida como um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e o controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Em 2012, a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental compõe o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), instituído

pelo decreto n. 6.860/2009 e regulamentado pelo decreto n. 7.530/2011, possibilitando maior integração das ações em vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador nos territórios. A publicação da portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009, veio ratificar a necessidade de atuação conjunta das vigilâncias epidemiológica, sanitária, da situação de saúde, da saúde ambiental, da saúde do trabalhador e da promoção da saúde. O DSAST definiu sua missão, qual seja: formular, regular e fomentar políticas de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador de forma a eliminar e minimizar riscos, prevenir doenças e agravos, intervindo nos determinantes do processo saúde-doença decorrentes dos modelos de desenvolvimento, dos processos produtivos e da exposição ambiental, visando à promoção da saúde da população. Além disso, estabeleceu como sua competência aquela de produzir análise de situação de saúde sobre vulnerabilidades socioambientais para o planejamento de ações e serviços de saúde (Rohlfs *et al.*, 2011).

Para viabilizar seu adequado funcionamento, a vigilância ambiental dispõe de um sistema de informação complexo e amigável, de caráter contínuo e com informações hierarquizadas. Esse sistema apresenta indicadores das atividades da vigilância ambiental em saúde e se articula com outros sistemas de informação do próprio Ministério da Saúde, como também de outros setores de governo, como, por exemplo, sistemas do Ministério do Meio Ambiente e do Ministério das Cidades, IBGE, Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (Feema), Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (Cetesb), entre outros.

O sistema, hoje, agrega não só as informações referentes à saúde ambiental, mas também à saúde do trabalhador. Denominado Análise de Situação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Asisast), seu papel é, segundo o Ministério da Saúde, dar suporte aos subsistemas do Sistema Nacional de Saúde Ambiental, para análise e para aumento da visibilidade das informações, fornecendo dados das atividades realizadas em todo o território nacional, localizando essas informações no espaço e em tempo real. O Painel de Informação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast) é parte do sistema, e seu objetivo é "reunir, integrar e disponibilizar aos usuários dados e informações produzidas pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, órgãos públicos municipais, estaduais e federais, que seja de interesse para análise de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador" (Brasil, 2011).

Para a hierarquização das informações produzidas, utiliza-se o modelo preconizado pela OMS (Corvalán, Briggs & Kjellstrom, 1996) denominado FPEEEA (força motriz, pressão, estado, exposição, efeito e ação), cujos indicadores correspondem à produção, à situação, à exposição e aos efeitos à saúde, decorrentes dos riscos ambientais, bem como às possibilidades de ações específicas de promoção, prevenção e controle. Essas ações estão referidas às políticas econômicas e sociais, gerenciamento de riscos, melhoria da qualidade ambiental, equipamentos de proteção coletiva e individual e tratamento dos casos de doença relacionados.

Propostas para uma política nacional da saúde ambiental no SUS: I conferência nacional de saúde ambiental

A I Conferência Nacional de Saúde Ambiental (I CNSA), realizada na capital federal de 9 a 12 de dezembro de 2009, organizada pelos ministérios da Saúde, das Cidades e do Meio Ambiente, foi fruto da organização de um trabalho coletivo (conselhos nacionais das áreas envolvidas, sindicatos, ONGs, universidades e pesquisadores da área) e teve como objetivo a proposição de diretrizes para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Considerando sua magnitude e o grau de envolvimento dos movimentos sociais participantes do processo, a I CNSA se constituiu como um importante momento para o campo da saúde ambiental, no que diz respeito às formulações de proposições orientadoras das políticas públicas, consonante com a Lei Orgânica do SUS, que prevê a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde.

A I CNSA contou com etapa preparatória, na qual houve a mobilização das três instâncias de gestão do SUS, culminando com a realização de 293 conferências municipais, 146 regionais ou microrregionais, 26 estaduais e uma distrital. As conferências estaduais resultaram em 56 diretrizes e 234 ações estratégicas que foram discutidas e deliberadas na etapa nacional pelos 812 delegados eleitos nas etapas anteriores, que consolidaram e priorizaram as propostas de mais de sessenta mil pessoas envolvidas na etapa preparatória. Ao final, foram aprovadas na plenária nacional 24 diretrizes e 48 ações estratégias que subsidiarão a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.

A seguir, apresentaremos as principais resoluções da conferência, com base em seu relatório final. São os seguintes os temas e suas diretrizes:

Tema I – Processos produtivos e consumo sustentável. Diretrizes: 1) Mudança no modelo de desenvolvimento econômico de modo a promover a qualidade de vida e a preservação do ambiente e a saúde desta e das futuras gerações; 2) Avanço na reforma agrária fortalecendo a agricultura familiar orgânica e agroecológica; 3) Garantia de incentivos ao desenvolvimento de tecnologias e práticas de produção e consumo éticas e sustentáveis; 4) Fortalecimento da política e efetivação das ações de saúde do trabalhador da floresta, do campo, do litoral e da cidade.

Tema II – Infraestrutura. Diretrizes: 1) Elaboração, implantação e implementação de política pública de resíduos sólidos local e/ou regional (industriais, resíduos de serviço de saúde, domésticos e resíduos de construção civil, entre outros com gerenciamento integrado); 2) Implementação das políticas públicas de saneamento básico e ambiental na cidade, no campo, na floresta e no litoral, de forma integrada e intersetorial, orientadas pelo modelo de sustentabilidade com a garantia da gestão e controle social; 3) Priorização da execução de políticas públicas voltadas para a promoção do saneamento básico e ambiental, habitação saudável e mobilidade urbana; 4) Universalização do saneamento básico e ambiental nas áreas urbanas, núcleos rurais e comunidades indígenas, quilombolas e outras com proteção dos recursos naturais.

Tema III – Articulação interinstitucional, ações integradas e controle social. Diretrizes: 1) Estabelecimento de políticas de saúde ambiental nas três esferas de governo; 2) Imple-

mentação e fortalecimento de políticas públicas integradas entre os órgãos de promoção, prevenção, proteção, vigilância e assistência, saúde ambiental e saúde do trabalhador, infraestrutura, educação, planejamento, meio ambiente e os demais setores que tratam de questões de saúde ambiental; 3) Estabelecimento e garantia de políticas públicas estruturantes, permanentes, interdisciplinares, territorializadas e descentralizadas de saúde ambiental; 4) Garantia de gestão democrática e fortalecimento da participação de todos os segmentos da sociedade civil organizada no controle social.

Tema IV – Territórios sustentáveis, planejamento e gestão integrada. Diretrizes: 1) Criação, fortalecimento e ampliação de políticas para o reflorestamento das áreas rurais e urbanas; 2) Ampliação de políticas públicas para a construção de sociedades sustentáveis; 3) Planejamento, construção e aplicação de políticas públicas integradas de sustentabilidade socioambiental, considerando o uso e a ocupação ordenada do solo; 4) Implantação, fortalecimento e implementação da sustentabilidade socioambiental nas políticas públicas, considerando os espaços urbano e rural.

Tema V – Educação, informação, comunicação e produção de conhecimento. Diretrizes: 1) Implantação de políticas socioambientais voltadas para as distintas realidades dos biomas e territórios, com ênfase na saúde e prevenção; 2) Implantação de uma política educacional em saúde ambiental desenvolvida de forma intersetorial, nas esferas pública e privada; 3) Fortalecimento permanente da Política Nacional de Educação Ambiental (Pnea), lei n. 9.795/99, em todos os níveis e modalidades de ensino e diversos aparelhos sociais, nas três esferas de governo; 4) Criação, implementação e fortalecimento de políticas de educação e pesquisa em saúde ambiental e saúde do trabalhador de forma intersetorial, integrada, permanente e continuada.

Tema VI – Marco regulatório e fiscalização. Diretrizes: 1) Implantação e implementação, nas três esferas de governo, de programas que destinem recursos para a redução da vulnerabilidade social, bem como para a ampliação do acesso à Justiça; 2) Estruturação da vigilância em saúde ambiental articulada ao Sistema Nacional do Meio Ambiente (Sisnama) como política pública estruturadora, intersetorial e interinstitucional, nas três esferas do governo, com obrigatoriedade da regulamentação, principalmente nos municípios, com estrutura física própria e recursos humanos exclusivos para vigilância em saúde ambiental, garantindo dotações orçamentárias de recurso de gestão própria para área ambiental, desvinculada da epidemiologia; 3) Fortalecimento da fiscalização dos processos produtivos e monitoramento do Estado, com a participação ativa da sociedade organizada no controle social; 4) Estabelecimento do marco regulatório da política de saúde ambiental (Conselho Nacional de Saúde, 2011).

Para a viabilização do conjunto de propostas apresentadas, é fundamental o aporte do conhecimento científico. Na área de saúde e ambiente, principalmente a partir da década de 1990, ocorreu importante crescimento de grupos de pesquisa e publicações científicas (Freitas *et al.*, 2009), o que possibilitou a realização, em 2010, do I Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental. Organizado por iniciativa de diversas instituições, o simpósio contou com mais de mil participantes e apresentação de 650 trabalhos nas modalidades pôster e comuni-

cação oral. Os resumos dos trabalhos apresentados, assim como os painéis, as conferências, as mesas-redondas, as oficinas de trabalho e os cursos, encontram-se na página do IEC/SVS/MS (Disponível em: <www.iec.pa.gov.br/dusky/html/index.html>).

Para refletir

Como você entende a diretriz 1 (mudança no modelo do desenvolvimento econômico de modo a promover a qualidade de vida e a preservação do ambiente e a saúde desta e das futuras gerações), contida no tema I (processos produtivos e consumo sustentável) da I CNSA? Qual é a importância do controle social e de sua atuação no âmbito da saúde ambiental e na efetivação dessa diretriz?

Desafios para a vigilância em saúde ambiental no SUS

Em nosso entender, a construção do Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental requer o domínio sobre diversas áreas de conhecimentos específicos, articuladas, de modo a produzir entendimentos particulares de acordo com a natureza e o tipo dos processos, tendo em vista o objeto saúde. O mesmo vale para as tecnologias que deverão concretizar, em objetos e relações instrumentais, as possibilidades de uso do conhecimento a serviço das políticas de saúde. Nesse sentido, as políticas públicas se constituem no outro elemento dessa construção, desde que formuladas pela organização coletiva dos desejos de bem-estar e vida plena assumidos pelo Estado em sociedades democráticas (Tambellini, 2008).

Esses pilares – quais sejam, políticas (desejos e necessidades), conhecimento (compreensão científica da realidade e da vivência das necessidades), tecnologia (construção de instrumentos e relações) e ações (intervenções programáticas) – só podem se viabilizar em um serviço específico, no plano da saúde, pela existência de agentes de trabalho/trabalhadores (profissionais da saúde, pesquisadores e técnicos) que ativem os processos dinâmicos de produção envolvidos na concretização das ações da saúde. Porém, as políticas só refletirão as vontades da cidadania se forem fundadas em uma participação e ausculta das coletividades humanas. Além disso, o conhecimento dos processos necessita de dados e informações a serem elaborados pelas investigações científicas na produção de instrumentos cuja expressão possa dar conta e tornar visíveis e compreensíveis os problemas concretos vividos pela população, em suas relações com ambientes determinados. Dessa maneira, torna-se possível identificar os espaços das relações entre as coletividades humanas e os ambientes especificados, que necessitam de intervenção; ao mesmo tempo, os estudos aplicados podem fornecer as categorias básicas que permitem a construção de tecnologias (relacionais/instrumentais) a serem apropriadas para as intervenções pretendidas pelos serviços.

Vamos agora nos referir ao contexto atual do Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental, localizado no interior da SVS/MS. Segundo Anamaria Tambellini, as amplas e complexas relações saúde-ambiente são incorporadas no espaço temático de uma saúde ambiental que privilegiou, de início, a influência do ambiente, em sua concepção ecológica, 'natural' na determinação/produção de 'doenças' vista como efeito dos desequilíbrios (poluição em suas diferentes formas) dos espaços e compartimentos ambientais. A definição de uma proposta restrita somente a essa abordagem, diante de outras possíveis, sinaliza o aproveitamento da metodologia epidemiológica para averiguação dos problemas, inclusive porque sua aplicação em outros campos da saúde já possuía relativa experiência e sucesso.

Desse modo, adiou-se a implantação da atenção curativa aos episódios de doenças – diagnóstico e tratamento –, que exige a formação de profissionais com competência em clínica toxicológica. Estes têm como objetivo cuidar dos pacientes com doenças provocadas por agentes químicos e físicos, em relação às quais os conhecimentos fisiopatológicos e as próprias tecnologias de diagnóstico e terapêutica não tinham, e ainda não possuem, no país, o avanço requerido para cumprir tal tarefa. Enfim, se aliados à vigilância, o conhecimento e a prática clínica podem contribuir para visualizar a extensão e gravidade das consequências negativas da relação sociedade-ambiente na saúde (Tambellini, 2008).

Atualmente, não existe no país qualquer projeto que dê conta da situação da saúde ambiental levando em conta todo o território nacional e todas as dimensões de relação saúde-ambiente, como também não foi possível ainda, sequer para territórios restritos, a elaboração e realização de diagnóstico dos principais elementos e processos que constituem a relação saúde-ambiente em seus determinantes. Dada a sua complexidade, a questão impõe a necessidade de se rastrearem informações em fontes diversificadas para a construção de projetos de investigação em parcerias e relações interinstitucionais e cujos resultados agregados deverão sofrer processo meta-analítico para (re)construção de sua integralidade.

Deve-se considerar, ademais, que nos serviços de saúde trabalha-se com a visibilidade dos problemas que se apresentam e que são valorizados de formas e em dimensões nem sempre semelhantes, seja pela população, pelos técnicos, pelos pesquisadores ou pelos políticos. Além disso, a heterogeneidade dos sistemas socioecológicos existentes no Brasil, com biomas bastante diferentes em seus elementos e relações, torna mais complexa a necessidade de termos, pelo menos, um diagnóstico que delimite territórios de ocorrência de problemas no ambiente ou na saúde, para que se possa atribuir prioridades valoradas pelas necessidades de cuidados à saúde e ao ambiente, no sentido de preservar ou restaurar relações de harmonia e bem-estar entre eles.

Por fim, cabe assinalar que as tarefas a que se propõe a saúde ambiental, na modalidade vigilância, não são apenas diagnosticar, notificar ou criar o sistema de registro e análise das informações relativas às doenças produzidas por fatores ambientais. São também identificar os processos socioambientais geradores das condições que permitem exposições específicas, assim como criar indicadores a elas relacionados, que incluam os processos socioambientais em desequilíbrio e suas causas. A saúde ambiental propõe-se, além disso, a criar as formas possíveis de aproximação e participação das coletividades humanas envolvidas nesses processos, de modo que possam se apropriar do conhecimento produzido sobre eles na ação de vigilância, contribuindo para que as coletividades se tornem mais capazes e competentes no enfrentamento de situações potencialmente causadoras de doença e mal-estar.

Para refletir

Nomine a área do SUS que se refere às consequências do meio ambiente para a saúde. Defina a área, seus objetivos e sua organização.

Leituras recomendadas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*.

Parte 1: Agrotóxicos, segurança alimentar e saúde. Disponível em: <www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2012/DossieAGT.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

Parte 2: Agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade. Disponível em: <www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/DOSSIE2f.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

Parte 3: Agrotóxico, conhecimento e cidadania. (Estará disponível no *site* da www.abrasco. org.br).

IGNOTTI, E. *et al*. Air pollution and hospital admissions for respiratory diseases in the subequatorial Amazon: a time series approach. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4): 747-761, 2010.

LEFF, E. *Racionalidade Ambiental: a reapropriação social da natureza*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Sites de interesse

Agrotóxicos (assista ao filme *O Veneno Está na Mesa*): www.mst.org.br/Silvio-Tendler-O-veneno-esta-na-mesa

I Conferência de Saúde Ambiental (I CNSA): http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/CNSA_Relatorio_Final.pdf

Dados demográficos, socioambientais e de saúde: http://ibge.gov.br

Ecologia em geral: http://wwf.panda.org/about_our_earth/all_publications/living_planet_report/

Indicadores básicos de saúde das Américas: www.paho.org/spanish/dd/ais/ib-folleto-2005.pdf

Justiça ambiental: www.justicaambiental.org.br

Mudanças climáticas: www.ipcc.ch

Saúde coletiva: www.abrasco.org.br.

Saúde no mundo: www.who.int/whosis/whostat/es_whs10_full.pdf

Substâncias químicas: www.anvisa.gov.br

Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador: http://189.28.128.179:8080/pisast/asisast

Referências

BARCELLOS, C. & QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Saúde Pública*, 40(1): 170-177, 2006.

BARCELLOS, C. *et al*. *Relatório da Oficina de Trabalho sobre Mudanças Climáticas da VII Expoepi*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BAVA, S. C. Alimentos contaminados. *Le Mond Diplomatique Brasil*. Editorial, abr. 2010. Disponível em: <www.diplomatique.org.br/editorial.php?edicao=33>. Acesso em: 25 ago. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 6.938, de 31 de agosto de 1981. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6938compilada.htm>. Acesso em: jul. 2011.

BRASIL. Decreto n. 3.450, de 9 de maio de 2000. Aprova o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissões e das funções gratificadas da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 maio 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2001.

BRASIL. Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jun. 2003. Republicado em 17 jun. 2003.

BRASIL. Lei n. 10.683, de maio de 2003. Dipõe sobre a organização da presidência da República e dos ministérios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 maio 2003.

BRASIL. Instrução normativa MS/SVS n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 mar. 2005. Republicada em 22 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Seminário Nacional de Gestão de Informação Territorializada aplicada à Vigilância Sanitária Ambiental, na Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Brasília, 11 a 12 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. II Oficina para Construção de Indicadores em Vigilância Sanitária Ambiental. Brasília, 13 a 14 dez. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador*. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/pisast/asisast>. Acesso em: 19 ago. 2011.

BRÜSEKE, F. J. Desestruturação e desenvolvimento. *In*: FERREIRA, L. da C. & VIOLA, E. (Orgs.) *Incertezas de Sustentabilidade na Globalização*. Campinas: Unicamp, 1996.

CÂMARA, V. M. & TAMBELLINI, A. T. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(2): 95-104, 2003.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO (CMMAD). *Nosso Futuro Comum*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1988.

CONFERENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL MEDIO AMBIENTE Y EL DESARROLLO (CNUMAD). Disponível em: <www.un.org/spanish/conferences/wssd/unced.html>. Acesso em: 22 ago. 2011.

COHEN, S. C. *et al*. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 807-813, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Relatório final. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/CNSA_Relatorio_Final.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2011.

CORVALÁN, C.; BRIGGS, D & KJELLSTROM, T. Development of environmental health indicators. *In*: BRIGGS, C.; CORVALÁN, C. & NURMINEN, M. (Eds.) *Linkage Methods for Environment and Health Analysis*. Genebra: World Health Organization, United Nation Environment Programme, 1996.

DIAMOND, J. *Armas, Germes e Aço: os destinos das sociedades humanas*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

FOOD AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). *Erradicating world hunger: the state of food insecurity in the world*. 2009. Disponível em: <www.fao.org/sofi/index-es.htm>. Acesso em: 15 mar. 2010.

FREITAS, C. M.; SOARES, M. & PORTO, M. F. S. Subsídios para um programa na Fiocruz sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *In*: SEMINÁRIO SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (Série Fiocruz, Eventos Científicos, v. 1)

FREITAS, C. M. *et al*. Abordagem ecossistêmica para o desenvolvimento de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde – região do Médio Paraíba, Rio de Janeiro. Relatório técnico-científico de projeto de pesquisa financiado pela Fiocruz/CNPq, 2007. Disponível em <www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/perfil/documentos.php?id=578>. Acesso em: ago. 2011.

FREITAS, C. M. *et al*. Quem é quem na saúde ambiental brasileira? Identificação e caracterização de grupos de pesquisas e organizações da sociedade civil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6): 2.071-2.082, 2009.

FREY, K. A dimensão político-democrática nas teorias de desenvolvimento sustentável e suas implicações para a gestão local. *Ambiente & Sociedade*, 4(9): 115-148, 2001.

GEO BRASIL. *Perspectivas do Meio Ambiente no Brasil*. Brasília: Ibama, 2002.

GEORGESCU-ROEGEN, N. *The Entropy Law and the Economic Process*. Massachusetts, Londres: Harvard University Press, 1999.

HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Loyola, 1998.

HOBSBAWM, E. *Era dos Extremos: o breve século XX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (IB/USP). *Os Níveis de Organização e o Âmbito da Ecologia*. Disponível em: <www.ib.usp.br/ecologia/eco02.ecossistema.jpg>. Acesso em: nov. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008*. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/PNSB_2008.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

IGNOTTI, E. *et al*. Air pollution and hospital admissions for respiratory diseases in the subequatorial Amazon: a time series aproach. *Cadernos de Saúde Pública,* 26(4): 747-761, 2010.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). *World Employment Report, 2004-2005*. Disponível em: <www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>. Acesso em: 12 jun. 2010.

LOMBORG, B. *O Ambientalista Cético: revelando a real situação do mundo*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

MCNEILL, J. R. *An Environmental History of the Twentieth-Century World: something new under the sun*. Nova York, Londres: W.W. Norton & Company, 2000.

MEADOWS, D. H. *et al*. *Limites do Crescimento*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. *In*: MINAYO, M. C. S. & MIRANDA, A. C. (Orgs.) *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2002.

MIRANDA, A. C. *et al*. La transición hacia el desarrollo sostenible y la soberanía humana: realidades y perspectivas en la región de las Américas. *In*: GALVÃO, L. A.; FINKELMAN, J. & HENAO, S. (Orgs.) *Determinantes Ambientales y Sociales da la Salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 2010.

MOREIRA, R. J. Críticas ambientalistas à Revolução Verde. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 15: 39-52, out. 2000.

O GLOBO. Frota mundial atinge 1 bilhão de veículos. *O Globo*, 5 mar. 2008. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Carros/0,,MUL338298-9658,00-FROTA+MUNDIAL+ATINGE+BILHAO+DE+VEICULOS.html>. Acesso em: jul. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Indicadores Básicos,* 2005. Disponível em: <www.paho.org/spanish/dd/ais/ib-folleto-2005.pdf>. Acesso em: jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Enfoques Ecossistêmicos em Saúde: perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina*. Série Saúde Ambiental 2. Brasília: Opas, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Salud en las Américas 2007*. Washington: Opas/OMS, 2007.

PAVLOVSKY, E. N. *Natural Nidality of Transmisible Diseases*. Moscou: Universidade Patrice Lumumba, 1939.

PETERSEN, P. F.; WEID, J. M. & FERNANDES, G. B. Agroecologia: reconciliando agricultura e natureza. *Informe Agropecuário*, 30(252): 1-9, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano: além da escassez – poder, pobreza e a crise mundial da água, 2006*. Disponível em: <www.pnud.org.br/rdh/>. Acesso em: 14 jul. 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano: combater a mudança do clima – solidariedade humana em um mundo dividido, 2007/2008*. Disponível em: <www.pnud.org.br/rdh/>. Acesso em: 12 jan. 2011.

PRÜSS-ÜSTUN, A. & CORVALÁN, C. *Preventing Disease Through Healthy Environments: toward on estimate of the environment burden of disease*. WHO Library Cataloguing-in-Date, 2006.

REY, L. *Bases da Parasitologia Médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RIGOTTO, R. M. & AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniqüidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(supl. 4): S475-S501, 2007.

RIGOTTO, R. M. *et al*. Em resposta a alguns desafios da produção de conhecimento: aprendizados na pesquisa interdisciplinar e participada sobre agrotóxicos no Ceará. *In*: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 11, 2011. Salvador: UFBA, 2011.

ROHLFS, D. B. *et al*. *A Construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil*. Brasília, 2011. Documento elaborado pela CGVAM/SVS/MS.

SINDICATO NACIONAL DA INDÚSTRIA DE PRODUTOS PARA DEFESA AGRÍCOLA (SINDAG). *Sindag News*, 2010. Disponível em: <www.sindag.com.br/noticia.php?News_ID=2019>. Acesso em: out. 2010.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINITOX). *Óbitos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância – Brasil*. 2008. Disponível em: <www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab11_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

SOUZA, E. R. & LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 363-373, 2006.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. & MALAQUIAS, J. V. Violência no trânsito: expressão da violência social. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

TAMBELLINI, A. T. Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente. *In*: FIOCRUZ. *Por uma Rede de Trabalho Saúde e Modos de Vida no Brasil*, 1996a.

TAMBELLINI, A. T. Texto preparatório para discussão teórico-conceitual da área produção-ambiente-saúde, no projeto de mestrado em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996b.

TAMBELLINI, A. T. *Reflexões sobre o controle de processos de saúde-doença*. Palestra apresentada no Curso de Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos em DST/HIV-Aids. Brasília, ago. 2004.

TAMBELLINI, A. T. *Documento técnico para a Organização Pan-Americana da Saúde, contendo diretrizes e propostas para utilização de dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais para aplicação na vigilância em saúde ambiental*. Brasília: Opas, 2008.

TAMBELLINI, A. T. & CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2): 47-59, 1998.

UNITED NATION (UN). *The Inequality Predicament*. Report on the world social situation, 2005. Disponível em: <www.un.org/esa/socdev/rwss/2005.html>. Acesso em: 7 nov. 2010.

UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS PROGRAMME (UN-HABITAT). *Guarantees for Slum Upgrading*, 2009. Disponível em: <www.unhabitat.org/pmss/listitemdetails.aspx?publicationid=2640>. Acesso em: 10 fev. 2010.

UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS PROGRAMME (UN-HABITAT). *Environmental and Climate Change*. Disponível em: <www.unhabitat.org>. Acesso em: 9 nov. 2010.

VASCONCELOS, P. F. C. *et al*. Inadequate management of natural ecossystem in the Brasilian Amazon region results in the emergence and reemergence of arboviruses. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(supl.): 155-164, 2001.

WORLD BANK. *World Development Report*. 2006. Disponível em: <www.wds.worldbank.org/external/default/wdscontentserver/iw3p/ib/2005/09/20/000112742_20050920110826/rendered/pdf/322040world0development0report02006.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

WORLD BANK. *World Development Indicators Database*. 2010. Disponível em: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. Acesso em: 9 nov. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Statistics*. 2010. Disponível em: <www.who.int/whosis/whostat/es_whs10_full.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2010.

ÍNDICE

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

W

Em sua segunda edição, revista e ampliada, esta obra reúne o melhor conjunto de especialistas em políticas de saúde do Brasil. Abrangente e engajada na exposição e análise do sistema de saúde brasileiro, já é um clássico para a formação graduada e pós-graduada das profissões da área da saúde e de tantos quantos se dedicam ao estudo das políticas sociais entre nós.

Paulo Gadelha
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

(...) importante introdução ao estudo da saúde coletiva como disciplina acadêmica e como âmbito de práticas. Aborda, tanto em uma perspectiva histórica como atual, as políticas de saúde no Brasil, constituindo-se em leitura obrigatória para estudantes e profissionais de saúde.

Ligia Maria Vieira da Silva
Professora do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

(...) consolida o conhecimento crítico sobre o sistema de saúde brasileiro produzido ao longo dos últimos trinta anos; conhecimento científico que desenvolve a consciência sanitária; conhecimento militante na defesa do direito universal à saúde e do acesso aos serviços de um sistema nacional de saúde de boa qualidade para todos e de políticas de saúde que promovam a redução das desigualdades sociais. Conhecimento crítico, científico e militante, que é a base para a transformação do modelo de atenção à saúde. Um livro inspirador para a formação de recursos humanos em saúde sob a égide desses princípios. Um livro necessário.

José Gomes Temporão
Coordenador executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, ex-ministro da Saúde

ABRASCO

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

ISBN 978-85-7541-417-0
9 788575 414170